LE POINT EN ADMINISTRATION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Volume 9, numéro 3 – Automne 2013

La revue au service des gestionnaires et des professionnels du réseau de la santé

L'expérience client

- un réseau où l'administration passe avant l'usager
- collaboration avec les comités des usagers
- l'approche patient-partenaire en réadaptation
- bénévolat et approche client
- consultations en éthique au service des usagers
- nouvelle approche de sondage

Convention de la Poste-publications nº 40045878

Dossier spécial - Le point sur les RI : page 31

Améliorez l'efficacité documentaire, la gestion et les soins aux patients.

fi-6130Z

fi-6230Z

ScanSnap N1800

fi-5950

fi-6800

fi-6770

fi-6670

ScanSnap iX500

ScanSnap S1300i

Pour en apprendre davantage sur les moyens de repérer les dossiers médicaux plus rapidement, visitez www.fujitsu.ca/documentimaging (anglais seulement).

Pour plus d'information sur les numériseurs de documents Fujitsu, visitez www.fujitsu.ca/servicesdelasante.

façonnons l'avenir ensemble

FUJITSU

SOMMAIRE

L'EXPÉRIENCE CLIENT

Vol. 9, nº 3 – AUTOMNE 2013

ÉDITORIAL

L'expérience client, miroir de la qualité des services rendus
5 LYNE PELLETIER, directrice générale
Conseil québécois d'agrément

ANALYSES

La mesure de l'expérience patient – Une nouvelle approche de sondage pour mieux appréhender la perspective des usagers sur la qualité des soins
6 DIEUDONNÉ SOUBEIGA, conseiller, évaluation de l'expérience patient
ISABELLE DEMERS, directrice
Bureau de la direction générale
MARIE SUZANNE LAVALLÉE
Directrice de la qualité, sécurité et risques
CHU Sainte-Justine

Sondage de satisfaction : mode d'emploi
12 LOUIS ROCHELEAU
Directeur des services professionnels, de la qualité et des activités universitaires
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Le regard des usagers – L'expérience des comités de résidents en CHSLD
44 ÉRIC GAGNON, chercheur
HUGUES MATTE, directeur général
LILIANNE BORDELEAU, professionnelle de recherche, CSSS de la Vieille-Capitale

Le bénévolat : une contribution inestimable au soutien à domicile des ainés
62 ANDRÉE SÉVIGNY, directrice adjointe, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des ainés de l'Université Laval – chercheure, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
JULIE CASTONGUAY, étudiante au doctorat en gérontologie, Université de Sherbrooke – professionnelle de recherche, CHU de Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

TRIBUNES

L'expérience client – Peut-on rêver d'une culture de service dans le réseau de la santé et des services sociaux ?
18 PIERRE BLAIN, directeur général
Regroupement provincial des comités des usagers

Une expérience-client satisfaisante et performante
20 MARIE BEAUCHAMP
Marie Beauchamp Groupe-Conseil

EXPÉRIENCES

Le Bureau de l'expérience client du CHU Sainte-Justine - Collaboration entre le comité des usagers et la direction de la qualité pour mieux comprendre les attentes des patients
22 MARIE SUZANNE LAVALLÉE, directrice de la qualité, sécurité et risques
DIEUDONNÉ SOUBEIGA, conseiller, évaluation de l'expérience patient
ANNIE RAINVILLE, présidente du comité des usagers
Dr FABRICE BRUNET, directeur général
CHU Sainte-Justine

Expérience patient et amélioration continue de la qualité : une synergie qui se bâtit
24 DANIEL LA ROCHE, directeur de l'évaluation, de la qualité et de la planification stratégique (DEQPS)
MARTIN COULOMBE, adjoint au directeur – Évaluation, DEQPS
ÉRIC DANEAU, adjoint au directeur – Lean, DEQPS, CHU de Québec

La communauté de pratique québécoise en évaluation de l'expérience patient : une expertise à partager !
28 LYNDA BÉLANGER, responsable du Bureau de l'Expérience Patient, CHUQ
JEAN-GUILLAUME MARQUIS, agent de planification, programmation et recherche, CHUS
AUDREY-MAUDE MERCIER, conseillère en promotion de la santé, CHUM

Aller plus loin grâce à l'approche patient-partenaire : une expérience en réadaptation
48 NICOLINA GESUALDI, directrice des programmes clientèles, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
NATHALIE CHARBONNEAU, directrice des programmes-clientèles, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
KATERI LECLAIR, conseillère à la direcion générale
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Vers un système de santé et de services sociaux accessible et inclusif
50 PIERRE-YVES LÉVESQUE, directeur général
MATHIEU FRAPPIER, agent de promotion, Ex aequo

L'expérience client au CSSS des Basques
53 LINE MOISAN, directrice générale
CSSS des Basques

Un comité de bioéthique pour réfléchir, s'outiller et agir
58 ANNIE LÉGER, médecin
Directrice des services professionnels
Secrétaire du comité de bioéthique
CSSS de Rouyn-Noranda

Le citoyen partenaire au CSSS Lucille-Teasdale
66 DANIEL CORBEIL, directeur général
SYLVAIN LEMIEUX, directeur général adjoint par intérim et directeur de la performance, du bureau de projet organisationnel et des services multidisciplinaires
MAXIME BERGERON-LAURENCELLE, chef de l'administration de programme et coordination du bénévolat, CSSS Lucille-Teasdale

Notre mission – *Le Point en administration de la santéet des services sociaux* a pour mission de mettre à la disposition des intervenants et des intervenantes du milieu les outils appropriés et les informations pertinentes leur permettant d'enrichir leurs compétences et leur épanouissement professionnel. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux* est un organisme sans but lucratif.

DANS LE PROCHAIN NUMÉRO

La part de la réadaptation dans le continuum de soins et de services

Volume 9, nº 4 - HIVER 2013-2014

En une seconde, la vie d'une personne peut basculer subitement. Qu'elle soit victime d'un traumatisme consécutif à un accident de la route ou de travail, d'une mauvaise chute ou lors de la pratique d'un sport, les incapacités qui en résultent peuvent limiter considérablement son autonomie. C'est sans compter les diagnostics de maladies neurologiques, congénitales ou dégénératives, qui elles aussi exigent une large part d'adaptation et de réadaptation. Après un séjour dans les hôpitaux, ces personnes sont habituellement dirigées vers les centres de réadaptation avant leur retour au domicile.

Comment assurer la fluidité et l'accès adéquat de cette clientèle, souvent encore ébranlée à sa sortie de l'hôpital, dans les continuums de soins et de services existants du réseau québécois ? Le Québec a développé son propre modèle d'organisation de l'ensemble des services qui touchent de près ou de loin les personnes qui ont vécu un traumatisme ou une maladie neuromusculaire. En plus d'améliorer les chances de survie et le pronostic, la cohésion entre les paliers de soins facilite la réintégration sociale de ces personnes.

Le continuum de soins et de services couvre les phases de la prévention, l'épisode des soins aigus, la réadaptation et la réintégration sociale. Pour ce faire, il fait appel à des organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, universitaires et communautaires.

La réadaptation est un secteur en perpétuelle évolution, notamment en raison des besoins spécifiques de la clientèle. Les professionnels qui y travaillent s'adaptent et renouvèlent constamment leurs pratiques. Ce numéro portera sur le rôle essentiel de la réadaptation dans les continuums de soins et de services. Il a pour but d'apporter un éclairage sur un ensemble de questions et d'illustrer comment le réseau et les gestionnaires s'adaptent à leur tour à cette réalité, tout en ayant l'œil bien ouvert sur la réadaptation de demain.

LES THÈMES DU VOLUME 10

- *La part de la réadaptation **psychosociale** dans le continuum de soins et de services* – PRINTEMPS 2014
- *L'approche populationnelle : 10 ans plus tard* – ÉTÉ 2014

Nous vous ferons part des thèmes des numéros 3 et 4 du volume 10 dans la prochaine édition de la revue, soit celle de l'HIVER 2013-2014. Ces deux numéros ne seront pas entièrement consacrés à l'approche populationnelle, mais une section spéciale y sera dédiée à cette thématique.

En collaboration avec :

AGESSS – Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

ARIHQ

Éditeur NORMAND BOUCHARD
Coordination à l'édition SUZANNE PERRON

Comité éditorial

Président
GILLES PINEAU, directeur adjoint
Unité d'oncologie, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Membres
AHMED BENHADJI, coordonnateur d'activités de formation et de développement des compétences en gestion, Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)
DANIEL CORBEIL, directeur général
CSSS Lucille-Teasdale
DOMINIQUE DEROME
Conseillère en gestion
JACQUES FORTIN, directeur
Direction de la planification, de la performance et des connaissances, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
FRANÇOIS JEAN, président-directeur général
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux (AGESSS)
LUCILLE JUNEAU
Directrice clientèle soins aux aînés et vieillissement
CHU de Québec
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
LISE LAMOTHE
Vice doyenne aux études, École de santé publique
Université de Montréal
ANNICK LAVOIE
Directrice générale
Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec (ACMDP)
GENEVIÈVE MÉNARD
Directrice-conseil
Direction, Affaires externes
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
JULIEN MICHAUD, coordonnateur
Microprogramme en gestion du changement et responsabilité populationnelle
DASUM - Université de Montréal
PIERRE PAUL MILETTE
Directeur général
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau
LINE MOISAN, directrice générale
CSSS des Basques
LYNE PELLETIER, directrice générale
Conseil québécois d'agrément
JEAN-MARC POTVIN, directeur général
Centre jeunesse de Montréal
NATHALIE RODRIGUE, présidente
Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec
MICHÈLE ST-PIERRE
Professeure titulaire
Faculté des sciences de l'administration
Université Laval

Comité de lecture
DOMINIQUE DEROME, JACQUES FORTIN, LUCILLE JUNEAU, NATHALIE RODRIGUE, MICHÈLE ST-PIERRE

Collaboration à la présente édition
MARIE BEAUCHAMP, LYNDA BÉLANGER, MAXIME BERGERON-LAURENCELLE, PIERRE BLAIN, LILIANNE BORDELEAU, Dr FABRICE BRUNET, JULIE CASTONGUAY, NATHALIE CHARBONNEAU, DANIEL CORBEIL, MARTIN COULOMBE, ÉRIC DANEAU, ISABELLE DEMERS, MATHIEU FRAPPIER, ÉRIC GAGNON, NICOLINA GESUALDI, DANIEL LA ROCHE, MARIE SUZANNE LAVALLÉE, KATERI LECLAIR, ANNIE LÉGER, SYLVAIN LEMIEUX, PIERRE-YVES LÉVESQUE, JEAN-GUILLAUME MARQUIS, HUGUES MATTE, AUDREY-MAUDE MERCIER, LINE MOISAN, LYNE PELLETIER, ANNIE RAINVILLE, LOUIS ROCHELEAU, ANDRÉE SÉVIGNY, DIEUDONNÉ SOUBEIGA

Ventes et marketing
ANDRÉ FALARDEAU
514 277-4544, poste 239

Développement et projets spéciaux
CHRISTIAN GRENIER
514 277-4544, poste 233

Service à la clientèle, abonnements et tirage
514 277-4544 ou 1 888 832-3031, poste 228

Révision linguistique et correction d'épreuves
SUZANNE PERRON

Graphisme DENISE DU PAUL

Impression PUBLICATIONS 9417

Abonnements
Au Canada : 1 an (4 numéros) = 49,95 $,
2 ans (8 numéros) = 69,95 $,
un numéro, 14,95 $, plus les taxes qui s'appliquent à ces tarifs.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1911-7221

Convention de la poste-publications nº 40045878
Retourner toute correspondance ne pouvant être livrée au Canada à :
1360, avenue de la Gare, 2e étage
Mascouche (Québec), Canada J7K 2Z2
Tél. : 514 277-4544, poste 228
1 888 832-3031 poste 228 Téléc. : 514 277-4970
didi@prodtgv.com - www.lepointensante.com

Nous reconnaissons l'appui financier du gouvernement du Canada par l'entremise du Fonds du Canada pour les périodiques (FCP) pour nos activités d'édition.

Canada

Tous droits réservés. Le contenu de la revue, en tout ou en partie, ne peut être reproduit sans autorisation de l'éditeur.

Indexé dans REPÈRE

LYNE PELLETIER
Directrice générale
Conseil québécois
d'agrément

L'EXPÉRIENCE CLIENT, MIROIR DE LA QUALITÉ DES SERVICES RENDUS

Au Québec, depuis des décennies, celui que l'on nomme patient, usager ou client est inscrit au centre d'une préoccupation quotidienne des intervenants et dirigeants du réseau de la santé et des services sociaux. Dans le paysage québécois, l'évolution de cette terminologie peut être associée à celle qui a marqué l'organisation des services, des hôpitaux, des centres de santé de de services sociaux (CSSS), et des services sociaux spécialisés ainsi qu'à l'orientation de participation et de responsabilisation populationnelle.

De tout cela, un seul fil conducteur : « la personne ». Celle qui offre un service et celle qui le reçoit. L'implication des deux et la mesure de l'impact de l'une sur l'autre devraient soutenir, notamment, l'amélioration des services reçus pour l'une et le sentiment de réalisation de ses compétences pour l'autre. En mesurant l'expérience vécue par le client, l'organisation se dote également d'éléments qui guident l'amélioration de la qualité des services et traduisent, sur ce thème, l'évaluation du principal intéressé… le client.

La participation du client dans le processus de soins et de services est-elle réelle ou accessoire ?

L'organisation des services, la législation, la culture client, tout est en place ; mais les utilise-t-on vraiment comme levier ? Comment le discours des clients peut-il s'élever au niveau de celui des professionnels qui détiennent chacun leur vocabulaire propre ? Quel contrepoids le client exerce-t-il dans la prise de décisions qui le touche ? La participation du client dans le processus de soins et de services est-elle réelle ou accessoire ? Qu'en pensent les comités d'usagers ou les différents regroupements clientèles ? Est-on près ou à des années du client partenaire ? Voilà un enjeu incontournable de notre société où le client a des attentes et des droits bien définis dans un contexte qui exige efficience, efficacité et qualité. C'est dans le dialogue qu'il sera possible de dégager les trajectoires de soins souhaitées, appréciées et sensibles au bien commun. Pour amorcer le dialogue, il nous faut d'abord recueillir le reflet de l'expérience vécue par le client. Il ne tient qu'à nous d'utiliser les miroirs qui rendront une image juste. ●

ANALYSE

LA MESURE DE L'EXPÉRIENCE PATIENT UNE NOUVELLE APPROCHE DE SONDAGE POUR MIEUX APPRÉHENDER LA PERSPECTIVE DES USAGERS SUR LA QUALITÉ DES SOINS

DIEUDONNÉ SOUBEIGA Ph. D.
Conseiller en évaluation de l'expérience patient, CHU Sainte-Justine
Chargé de cours Université de Montréal

ISABELLE DEMERS M. SC.
Directrice Bureau de la direction générale CHU Sainte-Justine

---

MARIE SUZANNE LAVALLÉE MAP, CHE
Directrice de la qualité, sécurité et risques, CHU Sainte-Justine

Article nº 09.03.02 Mots-clés : expérience patient, sondage de satisfaction, HCAHPS, soins centrés sur le patient, enquêtes de la clientèle.

Introduction

La plupart des organisations de santé au Québec[1] réalisent des sondages de satisfaction comme une composante de la démarche d'amélioration de la qualité des services. Le cadre d'évaluation de la performance proposé par le Ministère inclut la mesure de la réactivité qui se définit comme « la capacité à s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers » (MSSS, 2012). Mais les sondages réalisés pour comprendre le point de vue des usagers produisent souvent des résultats inattendus faisant l'objet de controverses.

Lors des rencontres dans le réseau, plusieurs gestionnaires nous ont avoué ne pas avoir utilisé les résultats de leurs derniers sondages. Voici des exemples d'échos qui retentissent sur le sujet : « …Tous nos résultats de sondages étaient très positifs… Nous ne doutons pas de notre excellence mais, on avait réalisé les enquêtes pour identifier des aspects à améliorer… On se retrouve avec plus de 90 % de satisfaction pour tous les items mesurés… ».

Au plan international, plusieurs études ont documenté la fragilité méthodologique des outils de sondages à l'origine des surestimations des taux de satisfaction (Williams, 1994 ; Salisbury, Wallace et coll., 2010). En général, 90 pourcent de patients sont satisfaits des soins (OCDE, 2002), alors que d'importantes lacunes subsistent dans les systèmes de soins.

Ces constats ont conduit au développement d'une nouvelle approche de sondages des patients (expérience patient) qui est plus axée sur la mesure des faits que l'estimation des taux de satisfaction. Les enquêtes utilisant l'approche expérience patient génèrent des résultats plus discriminants permettant de détecter les opportunités d'amélioration.

Dans cet article, nous décrivons les outils de mesures de l'expérience patient, puis présentons les éléments méthodologiques utiles à la réalisation des enquêtes au sein des établissements.

Le virage Expérience patient

Les concepts « satisfaction des patients » et « expérience des patients » sont souvent utilisés de façon interchangeable ; pourtant, ils désignent des construits bien distincts. *La satisfaction* réfère au sentiment exprimé par les patients et fait partie des résultats des soins ; tandis que *l'expérience* désigne l'interaction réelle des patients avec le système, et fait partie des processus de soins (OCDE, 2002).

L'approche expérience patient a émergé récemment comme une alternative aux enquêtes de satisfaction classiques dont la validité méthodologique apparait discutable.

1. La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit « qu'un établissement peut utiliser les nom, prénom, adresse et numéro de téléphone contenus au dossier d'un usager pour la réalisation de sondages ayant pour objet de connaître les attentes des usagers et leur satisfaction à l'égard de la qualité des services offerts par l'établissement » (LSSSS, chapitre II, art. 107).

En effet, la satisfaction ou l'insatisfaction subjective est généralement mesurée par un questionnaire de jugement ; c'est-à-dire des questions formulées avec des modalités de réponses ordinales de type *excellent, très bien, bien, assez bien, médiocre* ; ou encore *très satisfait, satisfait, assez satisfait, peu satisfait* et *pas du tout satisfait.* Les réponses des personnes à ces échelles de jugement sont influencées par leurs repères individuels et les contextes (Kalucy, Katterl et coll., 2009). Une personne qui attendrait quatre heures à l'urgence d'un hôpital de Montréal pourrait se dire très satisfaite, étant donné que les médias rapportent souvent des délais d'attente beaucoup plus élevés que cela. Dans une autre région, quatre heures d'attente pourraient susciter l'insatisfaction. Un sentiment de satisfaction n'implique pas un service de qualité mais indique qu'un niveau acceptable de réponse à ce service a été obtenu.

Par ailleurs, les résultats d'enquête de satisfaction sont soumis à un effet de gratitude. Dans le contexte des soins de santé, il peut être difficile pour les patients de critiquer les services. En le faisant, ils critiquent les soignants et les soins dont ils sont dépendants. Selon un adage populaire, « Il vaut mieux être ami avec son médecin ! ». Des études ont révélé qu'une réaction d'insatisfaction (p. ex., déposer une plainte) ne survient que lorsque le patient a vécu une expérience qu'il interprète comme une négligence ou une faute grave.

À l'échelle internationale, une enquête du Commonwealth Fund portant sur le mécontentement public a rapporté qu'aucune corrélation n'apparait dans les différents pays entre les temps d'attente moyens et l'inquiétude exprimée. En effet, le pays où l'attente moyenne la plus longue a été enregistrée, le Royaume-Uni, est celui où la plus faible proportion des personnes interrogées s'est déclarée très inquiète de cette attente.

Une revue de 195 études (Sitzia, 1999) sur la satisfaction a montré que les questionnaires de satisfaction manquaient de fiabilité et de validité, rendant les résultats de sondages peu utiles à l'amélioration de la qualité. Aussi, l'approche de la satisfaction montre peu de sensibilité à détecter les opportunités d'amélioration.

L'approche Expérience patient a été proposée dans les années 1990 en Grande-Bretagne, puis aux États-Unis. Contrairement aux sondages de satisfaction classiques qui recueillent les jugements, les enquêtes utilisant l'approche expérience patient tentent de cerner les aspects factuels de la réactivité des soins. Selon le National Health Service (NHS) anglais, les dirigeants d'établissements doivent connaitre l'expérience vécue par les usagers afin de traduire leurs besoins et leurs préférences en services de plus grande qualité, plus sécuritaires et plus efficaces (The Intelligent Board, 2010).

Les enquêtes de l'expérience patient emploient le plus souvent des questions de constat, (p. ex., des questions Oui/Non) ou des questions de fréquence avec une échelle de type *jamais, quelquefois, habituellement, toujours* (voir des exemples de formulation dans l'encadré 1).

Le but de ces enquêtes n'est pas d'estimer un taux de satisfaction, mais plutôt de documenter en détail les actions et les processus de soins et services « centrés sur le patient » ayant lieu durant le séjour d'hospitalisation ou lors de la visite chez le médecin.

La question de l'exemple 1 (encadré 1) permet de calculer le pourcentage de répondants qui auraient reçu de l'information écrite au sujet des symptômes ou des problèmes de santé à surveiller après le congé. À partir de la question de l'exemple 3 (encadré 1), on calculerait le pourcentage de patients qui auraient reçu de l'aide dans l'immédiat, après avoir activé la sonnette.

Ces types d'information se sont avérés plus fructueux pour inspirer l'amélioration continue.

Encadré 1 - Exemples de questions posées dans un sondage d'expérience patient

Exemple 1 - Au cours de votre séjour à l'hôpital, avez-vous eu de l'information écrite au sujet des symptômes ou des problèmes de santé que vous devriez surveiller après avoir quitté l'hôpital ?

❑	Oui
❑	Non

Exemple 2 - Au cours de votre séjour à l'hôpital, après avoir utilisé le système d'appel, avez-vous reçu de l'aide dès que vous le demandiez ?

❑	Jamais
❑	Quelques fois
❑	Habituellement
❑	Toujours

Exemple 3 - En moyenne, combien de temps après avoir sonné pour demander de l'aide avez-vous reçu l'aide dont vous aviez besoin ?

❑	0 minute/ tout de suite
❑	1-5 minutes
❑	6 -10 minutes
❑	Plus de 10 minutes

Exemple 4 - Au cours de votre séjour à l'hôpital, les médecins vous ont-ils expliqué les choses de manière à ce que vous puissiez comprendre ?

❑	Jamais
❑	Quelquefois
❑	Habituellement
❑	Toujours

Exemple 5 - Est-ce qu'un membre de l'équipe soignante vous a expliqué clairement pourquoi vous devriez suivre votre traitement ?

❑	Oui, tout à fait
❑	Oui, en partie
❑	Non

Les questionnaires standardisés de l'expérience patient : aspects mesurés et types de questions

Les dimensions de l'expérience patient

Les questionnaires standardisés mesurant l'expérience patient sont généralement construits sur la base de modèles de « soins centrés sur le patient ». Selon l'Institute of Medecine (des États-Unis) *les soins centrés sur les patients* sont (traduction libre) « des services qui répondent aux besoins et préférences de chaque patient, et veillent à ce que les valeurs du patient guident toutes les décisions cliniques ». Il existe plusieurs modèles de « soins centrés sur le patient » proposés par différents organismes (Institute of Medecine, Planetree, Organisation mondiale de la Santé, Picker Institute, Institute for Family-Centered Care…). Le département britannique de la santé a suggéré un cadre générique de neuf dimensions mesurables de l'expérience patient, à partir d'une synthèse des modèles de l'Institute of Medecine et de Picker Institute. Ce cadre s'appliquerait aussi bien en soins aigus qu'en soins de longue durée, et pour l'ensemble des pathologies (voir le cadre générique à l'encadré 2). Le cadre générique sert de guide pour l'élaboration de questionnaires d'enquêtes au sein des organisations du National Health Service. Toutefois, les indicateurs mesurés par ces établissements varient selon leurs missions, les services offerts et les types de clientèles (DoH, 2011).

Encadré 2 - Un cadre générique des dimensions de l'expérience patient

1. Respect des valeurs, préférences et besoins du patient
2. Coordination et intégration des soins
3. Information, communication et éducation
4. Confort physique
5. Soutien émotionnel
6. Implication des familles et proches
7. Continuité et transition des soins
8. Accès aux soins (incluant les temps d'attente)
9. Appréciation générale de l'établissement.

Source : Department of Health (2006), *traduction libre.*

Des revues systématiques commandées par l'OCDE (Garratt, Solheim et coll., 2008) et le département anglais de la santé (DoH, 2006) ont examiné les initiatives de mesure de l'expérience patient réalisées à diverses échelles : internationales, nationales, régionales et locales. Différents types de questionnaires sont utilisés dans les pays, en fonction de la population cible des sondages :

- des questionnaires portant sur des pathologies spécifiques (diabètes, cancer du sein, cataracte, rhumatismes, maladies coronariennes, prothèse de la hanche ou du genou…) ;
- des questionnaires portant sur des secteurs de soins spécifiques (soins ambulatoires, hospitalisations, urgences, médecine de famille, soins de longue durée, centre d'hébergement, néonatologie, santé mentale, réadaptation…) ;
- des questionnaires généraux (applicables à l'ensemble des secteurs de soins et des pathologies).

La section suivante décrit le programme étatsunien HCAHPS, puis le nouveau module d'Agrément Canada sur l'évaluation de l'expérience client

Mesure de l'expérience d'hospitalisation en soins de courte durée

• *L'outil HCAHPS*

Le programme HCAHPS constitue, à l'échelle mondiale, une référence dans la mesure de l'expérience patient. Le questionnaire HCAHPS (*Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems*) est un instrument standardisé qui évalue spécifiquement le séjour d'hospitalisation en soins de courte durée. Il fut développé aux États-Unis par l'Agency for Healthcare Research and Quality, en collaboration avec les Centers for Medicare & Medicaid Services. Le processus de construction de l'outil incluait la participation de groupes de patients. Les résultats des sondages HCAHPS font l'objet de diffusion publique et permettent aux patients d'avoir des données comparatives pour choisir leur hôpital (CMS, 2012).

L'outil HCAHPS contient 27 questions, dont 22 énoncés portant sur des éléments critiques de l'expérience de séjour hospitalier des patients, et cinq questions démographiques utiles pour les ajustements des résultats par groupes homogènes de patients.

Les 22 questions de l'expérience patient sont regroupées en 10 dimensions :

1. Communication avec les infirmières (4 questions)
2. Communication avec les médecins (3 questions)
3. Rapidité à réagir aux demandes d'aide du patient (2 questions)
4. Gestion de la douleur (3 questions)
5. Communication sur la médication (3 questions)
6. Instruction de congé (3 questions)
7. Propreté de la chambre et de la salle de bain (1 question)
8. Tranquillité nocturne (1 question)
9. Évaluation globale de l'hôpital (1 question)
10. Intention de recommander l'hôpital (1 question)

La structure du questionnaire offre la possibilité de calculer six indicateurs composites (p. ex., le score de la dimension Communication avec les médecins) et quatre indicateurs simples.

Les types de questions de l'outil HCAHPS

Le questionnaire HCAHPS comporte quatre types de questions qui se distinguent par les modalités de réponses employées (voir l'encadré 3).

- Des questions de constat, avec des options de réponses *oui / non* : ces questions documentent les actions, les processus et les faits ayant lieu, selon la perspective du patient.
- Des questions de fréquences avec quatre modalités de réponses : *jamais, quelquefois, habituellement* et *toujours.* Ces échelles mesurent non seulement la réalisation des actions attendues (centrées sur le patient), mais aussi leur consistance durant le séjour du patient. Par exemple, on attend des médecins qu'ils expliquent TOUJOURS les choses aux patients de façon compréhensible (Encadré 1, exemple 4).

- Une question d'évaluation globale de l'hôpital.
- Une question sur l'intention de recommander l'hôpital.

Encadré 3 - Les types de questions de l'outil HCAHPS

Constat des actions ou faits	Fréquence des actions ou faits	Évaluation générale de l'hôpital	Intention de recommander l'hôpital
Oui Non	Jamais Quelquefois Habituellement Toujours	0 : Pire hôpital qui soit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 : Meilleur hôpital qui soit	Définitivement Non Probablement Non Probablement Oui Définitivement Oui

Il faut noter que l'outil HCAHPS est fondé sur le modèle de l'Institute of Medicine sur les « soins centrés sur le patient ». Toutefois, des auteurs ont relevé des insuffisances quant à son contenu, notamment l'absence de questions mesurant des dimensions cruciales de son modèle de base, telles que la coordination des soins, la transition et la continuité des soins, le respect des valeurs…

Le module d'Agrément Canada sur l'évaluation de l'expérience client

Depuis janvier 2013, Agrément Canada a intégré un élément axé sur l'expérience vécue par le client à l'intention des établissements qui offrent des soins de courte durée. Ces établissements sont maintenant tenus d'effectuer un sondage sur l'expérience vécue par le client et d'en fournir les résultats (Agrément Canada, 2011). L'outil d'évaluation de l'expérience vécue par le client élaboré par Agrément Canada est fondé sur le sondage HCAHPS. C'est un questionnaire de 34 questions dont les 27 questions de l'outil HCAHPS. Les sept questions additionnelles touchent des thèmes pertinents pour les réseaux intégrés comme celui du Québec. On retrouve notamment des questions portant sur la transition et la continuité des soins (trois énoncés provenant de l'instrument *Care Transitions Measure*), puis des items mesurant la prise en compte des valeurs culturelles du patient et de sa famille, l'implication du patient et ses proches dans les décisions de soins et le soutien émotionnel donné au patient et à ses proches.

> Des études ont révélé qu'une réaction d'insatisfaction ne survient que lorsque le patient a vécu une expérience qu'il interprète comme une négligence ou une faute grave.

Éléments méthodologiques pour les initiatives internes de mesures de l'expérience patient

A. CHOIX DES QUESTIONNAIRES

Sondages centralisés (l'ensemble de l'établissement) avec un outil standardisé

Il y a plusieurs questionnaires validés que les établissements peuvent utiliser pour leurs besoins internes d'évaluation. L'utilisation de questionnaires standardisés (p. ex., HCAHPS, Agrément Canada) permet aux établissements de s'évaluer en fonction de référentiels bien connus et de tirer parti des comparaisons avec leurs pairs.

Pour choisir les questionnaires validés, plusieurs facteurs sont à prendre en considération, notamment : les missions et les valeurs de l'organisation, les services offerts, le type de clientèle, les exigences de l'agrément et les modèles humanistes de « soins centrés sur le patient » mis en œuvre dans l'établissement (Planetree, Hôpitaux promoteurs de la santé, approche Caring, approche patient partenaire…).

Au CHU Sainte-Justine, nous avons élaboré un questionnaire qui combine les exigences d'Agrément Canada et les composantes du programme Planetree. Un noyau d'items du questionnaire d'Agrément Canada a été maintenu en vue d'éventuels balisages avec les autres établissements (voir l'article de ce numéro sur le CHU Sainte Justine).

Sondages décentralisés au sujet des services, cliniques et unités de soins

Les évidences montrent que les enquêtes standardisées « généralistes » doivent être complétées par des enquêtes spécifiques sur mesure pour les programmes clientèles, services et unités de soins (Marshall, Bazire et coll., 2012). Des gestionnaires et cliniciens ont déclaré que, trop souvent, les questionnaires standardisés ne fournissent pas assez de détails pour faciliter les changements sur le plan des opérations (Swinehart et Smith, 2004). Une stratégie probante serait la construction de questionnaires « maison » pour ce qui est des programmes clientèles, avec la participation des gestionnaires, intervenants et patients. L'implication des équipes dans l'élaboration d'outils favorise leur appropriation des résultats.

B. MODE D'ADMINISTRATION DES ENQUÊTES

Plusieurs moyens peuvent être utilisés pour administrer les enquêtes.

Les sondages par envoi postal et les sondages par appels téléphoniques

L'administration de sondages par envoi postal est reconnue comme une méthode pouvant fournir des données valides et fiables, avec minimisation de biais de désirabilité sociale. Mais, les taux de réponses sont généralement faibles (moins de 30 %).

Les sondages par téléphone enregistrent de meilleurs taux de réponses (près de 50 %), mais sont plus dispendieux.

Ces deux méthodes sont recommandées surtout lorsque les informations collectées font l'objet de comparaison entre les organisations. Par exemple, le programme HCAHPS n'accepte que ces deux modes de sondage. Les questionnaires HCAHPS doivent être administrés entre 48 heures et six semaines après le congé d'hospitalisation du patient et la distribution du questionnaire avant le congé n'est pas acceptée.

Les questionnaires de sortie

Le mode de sondage en temps réel (à la sortie de cliniques) est une technique assez pratique pour recueillir les appréciations des patients après une interaction de services. Ce moyen est généralement employé pour les enquêtes à l'échelle d'une clinique, d'un service ou d'une unité de soins. Les taux de réponses sont variables et dépendent des sensibilisations faites pour susciter l'adhésion. Certains établissements utilisent des kiosques d'ordinateurs, des écrans tactiles ou d'autres outils qui facilitent la compilation des données. Les résultats doivent être interprétés avec prudence car les sondages complétés au sein de l'établissement survalorisent le sentiment de satisfaction par rapport à une enquête administrée quelques temps après la sortie.

Les sondages par Internet

Le sondage en ligne est considéré comme la stratégie du futur. C'est le mode d'administration le plus économique. En plus, les niveaux de validité et fiabilité des données sont comparables à ceux obtenus des sondages par envoi postal. Cependant, les taux de réponses restent encore très faibles (moins de 15 %). Les études aux États-Unis et en Europe rapportent qu'il n'est pas encore possible de couvrir un échantillon représentatif de la population en utilisant les sondages en ligne. Les répondants à ces sondages sont généralement plus éduqués et plus jeunes que les non-répondants (Kalucy, Katterl et coll., 2009).

Quel que soit le mode d'administration choisi, il est important d'aviser au préalable les usagers de l'initiative de sondage. Cela peut se faire par une lettre signée du premier responsable, des messages courriels, des affiches… Il est démontré que ces stratégies contribuent à améliorer le taux de réponses.

C. L'ÉCHANTILLONNAGE DE PATIENTS POUR LE SONDAGE

Un échantillonnage est requis lorsque le nombre de patients éligibles au sondage est très important, si bien qu'il serait trop dispendieux de solliciter la participation de l'ensemble. En effet, un effectif de 300 répondants (questionnaires complétés) est suffisant pour estimer des scores avec une bonne précision statistique (CMS, 2012). Par contre, si le nombre de participants ciblés n'excède pas 300, on devrait distribuer les questionnaires à toutes les personnes éligibles.

La taille de l'échantillon tient compte du taux de réponses attendu (donc du mode d'administration du sondage). Les répondants aux sondages doivent être représentatifs des clientèles au regard de certaines caractéristiques pertinentes (démographiques, types de services reçus, période de séjour…). Aussi, un plan d'échantillonnage adéquat est requis pour recueillir de l'information valide. Il peut être utile de demander conseil à un professionnel en sondage.

Conclusion

L'approche expérience patient permet aux organisations de disposer d'informations plus tangibles que celles provenant des enquêtes de satisfaction classiques. Les résultats livrés sont des mesures directes des actions et des processus que les équipes utiliseraient dans leurs démarches d'amélioration continue (Plan-Do-Check-Act). Les gestionnaires et les dirigeants sont donc invités à implanter la nouvelle approche de mesure de l'expérience patient. Les établissements peuvent utiliser les questionnaires standardisés existants, adapter ces outils à leurs contextes ou élaborer des questionnaires « maison » en fonction de leurs besoins. La véritable utilité de toute mesure de la qualité réside dans sa capacité à inspirer l'amélioration de la qualité (Kalucy, Katterl et coll., 2009). ●

Références bibliographiques

AGRÉMENT CANADA (2011). *Évaluation de l'expérience vécue par les clients en soins de courte durée.*

CMS (2012). *HCAHPS Quality Assurance Guidelines V7.0.* Centers for Medicare & Medicaid Services.

DOH (2006). *A structured review of patient-reported measures in Relation to selected chronic conditions, Perceptions of quality of care and carer impact.* Patient-reported Health Instruments Group, Report to the Department of Health, UK.

DOH (2011). *What matters to patients.* N. I. F. Innovation, Department of Health.

GARRATT, A. et al. (2008). *National and cross-national surveys of patient experiences: a structured review.* Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.

KALUCY, L. et al. (2009). "Patient Experience of health care performance". *PHC RIS Policy Issue Review.* Adelaide: Primary Health Care Research and Information Service.

MARSHALL, M. et al. (2012). *Improving by listening – our plans to provide a better experience of care.* Lancashire Care Foundation Report.

OECD (2002). *Measuring up improving health system performance in OECD countries.* Source OECD Social issues, migration, health. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 347 p.

SALISBURY, C. et al. (2010). "Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling". *BMJ* 341: c5004.

SITZIA, J. (1999). "How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies". *Int J Qual Health C* 11(4): 319-328.

THE INTELLIGENT BOARD (2010). "Patient Experience". *Dr Foster Intelligence*, NHS.

WILLIAMS, B. (1994). "Patient satisfaction: a valid concept?" *Soc Sci Med* 38(4): 509-516.

L'AGESSS cadre avec vous

L'AGESSS connaît votre réalité puisqu'elle représente quelque 8400 cadres intermédiaires actifs ou retraités du réseau de la santé et des services sociaux.

L'AGESSS s'ajuste à vos demandes, vous informe, vous conseille et vous représente tant au sujet de vos conditions de travail, de votre rémunération, de l'évaluation et de la classification de votre emploi que de vos régimes collectifs d'assurance et de retraite. Elle vous accompagne aussi en contribuant, de manière significative et durable, au développement de vos compétences en gestion de votre carrière.

Si vous êtes cadre intermédiaire et souhaitez obtenir plus d'information pour devenir membre de l'AGESSS, n'hésitez pas à visiter notre site Web au www.agesss.qc.ca, sous la rubrique « Adhésion » ou encore téléphonez-nous!

450-651-6000 ▪ 1 800 361-6526
agesss@agesss.qc.ca **www.agesss.qc.ca**

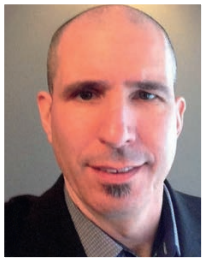
AGESSS Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

ANALYSE

SONDAGE DE SATISFACTION : MODE D'EMPLOI

Article nº 09.03.10 Mots-clés : sondage, satisfaction, méthode, usagers, qualité.

Les sondages de satisfaction ont fait leur entrée dans les établissements de santé à la fin des années 1970, une fois bien admise l'idée que les patients avaient leur mot à dire concernant les services de santé dont ils bénéficient. Leur usage s'est généralisé au cours des années 2000, notamment sous l'influence des organismes d'accréditation (Conseil québécois d'agrément, Agrément Canada, Joint Commission aux États-Unis). C'est également au cours de ces années qu'ils furent utilisés par des agences gouvernementales[1] dont la Régie régionale de Montréal, qui fait figure de pionnier en ce domaine au Québec. L'utilisation accrue des sondages de satisfaction a engendré des développements méthodologiques importants, mais également de nombreuses critiques.



LOUIS ROCHELEAU
Directeur des services professionnels, de la qualité et des activités universitaires
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Si l'engouement actuel pour l'approche patient-partenaire donne une place de plus en plus importante à l'opinion des patients sur les services qu'ils reçoivent, en revanche, les critiques formulées à l'égard des sondages de satisfaction amènent les acteurs du réseau à se questionner sur leur réelle utilité. De plus, l'émergence des sondages sur l'expérience-patient, proposant une approche qualifiée de plus factuelle, alimente ce débat et nous amène à questionner la pertinence des sondages de satisfaction. Ont-ils encore leur place ?

À partir de l'expérience menée à l'hôpital Louis-H. Lafontaine en 2006(1) et 2009, et dont plusieurs principes ont été repris et améliorés dans l'enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 2009(2), nous démontrerons que lorsqu'ils sont bien utilisés et pris pour ce qu'ils sont, les sondages de satisfaction ont leur place et leur utilité.

Pour ce faire, nous aborderons la question à partir de quelques critiques fréquemment formulées à l'égard des sondages de satisfaction.

Les critiques

Une première série de critiques remettent en question la fiabilité des sondages de satisfaction. On mentionne notamment leur caractère subjectif et on s'interroge sur la capacité réelle des usagers à se prononcer sur la qualité des soins et des services. La justesse des perceptions des usagers est ici mise en cause. Que faire avec des résultats obtenus par des usagers qui n'auraient pas une perception juste ?

Puis, viennent les critiques liées à la précision de la mesure et son caractère relatif. À cet égard, on s'inquiète que les usagers puissent avoir des attentes trop élevées et que cela se traduise par des taux de satisfaction peu élevés, alors qu'en fait, les services sont de très grande qualité.

Une autre critique fréquemment rapportée à propos des sondages de satisfaction concerne les taux de satisfaction eux-mêmes, qui sont toujours très élevés. En effet, ils se situent généralement autour de 80 %. Des taux aussi élevés laissent perplexes dans un contexte où les médias font régulièrement le point sur un système de santé mal en point.

Que penser de tout cela ? Buttle (1996)(3) souligne, à juste titre, que plusieurs des critiques à l'endroit des sondages de satisfaction sont en fait attribuables à la façon dont les chercheurs et les praticiens les utilisent. Aussi, en réponse à ces critiques, nous proposons trois conditions

1. Notamment aux États-Unis, en Australie et en Angleterre.

de succès pour réaliser un sondage de satisfaction ; l'une au niveau épistémologique, une autre au niveau méthodologique et finalement une au niveau technique.

Au plan épistémologique

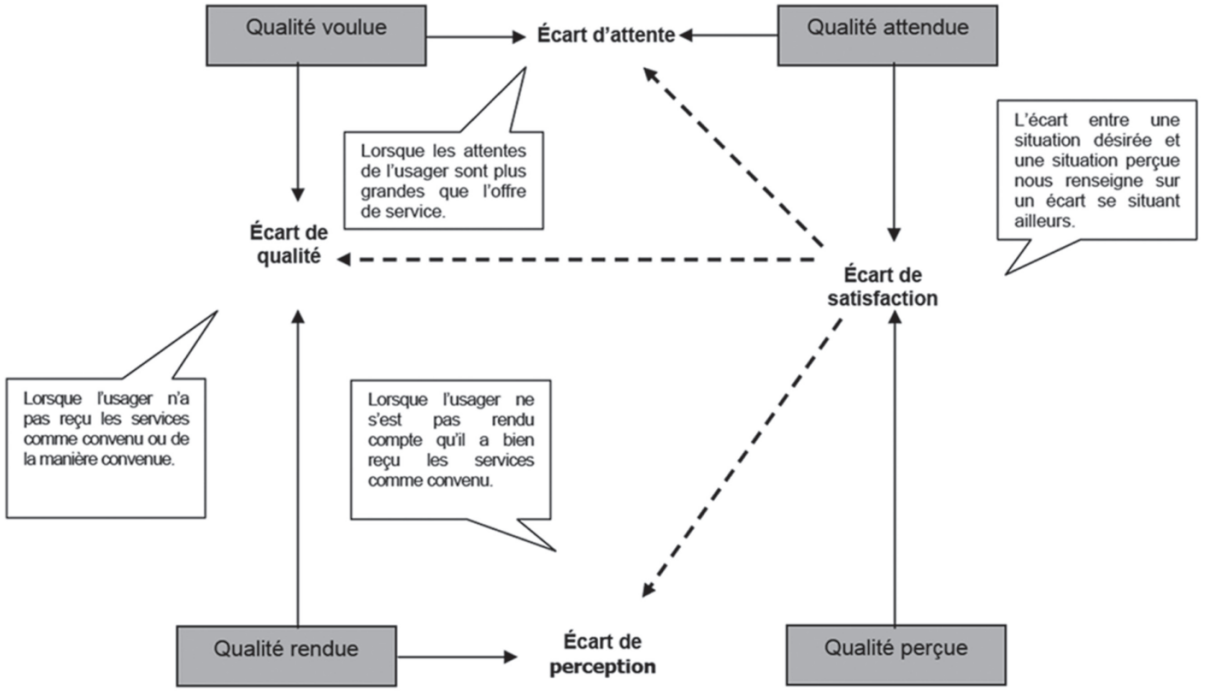
Accepter le caractère subjectif de la mesure de la satisfaction et l'utiliser en tenant compte de ses forces et de ses limites

La satisfaction est le résultat d'un écart perçu entre ce à quoi s'attendait un usager à l'égard des services et ce qu'il croit avoir reçu (Risser, 1975). Il s'agit donc bien d'une perception et nous croyons que cette perception constitue une information valide et importante pour l'amélioration de la qualité des soins et des services. Pourquoi cela ?

Tout d'abord, plusieurs auteurs sont d'avis que la satisfaction à l'égard des services fait partie des résultats attendus (Vuori, 1991)[4] et qu'elle a un impact positif sur la compliance aux traitements (Drain et Clark, 2004). La perception qu'a l'usager à l'égard des services, qu'elle soit erronée ou juste, aura un impact bien réel sur son comportement et ses attitudes, que ce soit en termes d'utilisation des services ou d'interactions avec les cliniciens.

Ensuite, il appert qu'une fois son caractère subjectif reconnu et pris en compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats, le niveau de satisfaction des usagers permet d'identifier des opportunités d'amélioration. À cet égard, rappelons le modèle utilisé dans les sondages menés à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et repris dans l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec en 2009, qui s'inspire du modèle ServQual[5]. Ce modèle fut popularisé dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux par la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec au début des années 2000[6].

Ce modèle permet d'illustrer simplement comment une perception subjective telle le niveau de satisfaction peut être considérée comme le symptôme d'un problème dans la prestation de soins et de services. À cet égard, le modèle propose trois interprétations-type du niveau de satisfaction.


Qualité voulue
Écart d'attente
Qualité attendue
Lorsque les attentes de l'usager sont plus grandes que l'offre de service.
L'écart entre une situation désirée et une situation perçue nous renseigne sur un écart se situant ailleurs.
Écart de qualité
Écart de satisfaction
Lorsque l'usager n'a pas reçu les services comme convenu ou de la manière convenue.
Lorsque l'usager ne s'est pas rendu compte qu'il a bien reçu les services comme convenu.
Qualité rendue
Écart de perception
Qualité perçue

Source : Schéma repris de J. Cantin et L. Rocheleau (2006).

L'une des principales forces des sondages de satisfaction réside justement dans le fait qu'ils permettent de compléter l'information sur la qualité des soins et des services en les examinant du point de vue du patient.

L'écart de qualité

La première et la plus évidente, nommée écart de qualité, se produit lorsque les usagers constatent que leurs attentes « légitimes », c'est-à-dire celles qui coïncident avec l'offre de service de l'établissement, n'ont pas été rencontrées. Ils se disent alors insatisfaits et cela constitue une perception juste d'un problème concernant la qualité. C'est ce type d'interprétation qu'on souhaiterait toujours pouvoir tirer des sondages de satisfaction, mais cela est impossible compte tenu de leur caractère subjectif. Il arrive donc que des usagers se disent insatisfaits car leurs attentes étaient, au dire des cliniciens et des administrateurs, trop élevées ou encore parce qu'ils n'auraient pas su discerner avec justesse tous les services qui leur ont été donnés. Ces phénomènes invalident-ils les résultats des sondages de satisfaction ? La réponse est oui, si l'on s'en tient strictement à vouloir mesurer l'écart de qualité. Cependant, si l'on accepte que la subjectivité fait partie de l'expérience du patient, cette information peut être utilisée en ayant recours à un autre schéma d'interprétation, notamment l'écart d'attente et l'écart de perception.

L'écart d'attente

L'écart d'attente survient lorsque les usagers se disent insatisfaits, car ils s'attendaient à plus que ce qu'ils ont reçu conformément à l'offre de service. Cette information est pertinente, car elle offre une opportunité d'amélioration qui peut être apportée de l'une ou l'autre des manières suivantes : 1) Élargir, si indiqué et réalisable, l'offre de service en incluant ces attentes des usagers auxquelles on n'avait pas songé ; sinon, 2) Mieux communiquer l'offre de service et la complémentarité avec d'autres organismes afin d'influencer le niveau d'attente des usagers.

L'écart de perception

Enfin, l'écart de perception survient lorsque les services ont été rendus tels que le promettait l'offre de service mais que les usagers, pour une raison ou une autre, ne l'ont pas observé. L'opportunité d'amélioration qui s'offre à l'établissement, dans cette situation, est de rendre visible la qualité rendue aux usagers, à l'instar de certains commerces ou institutions bancaires qui, à la fin de la prestation du service, passent en revue avec le client toutes les actions qui ont été posées en lien avec ses besoins.

> *« Ainsi, même si les écarts de satisfaction sont du domaine de la perception et qu'ils ne correspondent pas toujours à une évaluation juste de la qualité des services effectivement rendus, ils peuvent néanmoins nous révéler la présence de différentes problématiques. Ils peuvent nous indiquer la présence d'une problématique au plan de l'offre de services, de la qualité ou encore de la perception qu'ont les usagers des services qui leur sont offerts »* (Cantin & Rocheleau, 2004).

Au plan méthodologique

Choisir des items pour lesquels les usagers veulent et peuvent se prononcer

Pour qu'un sondage satisfaction fonctionne bien, il importe de s'assurer qu'il permette aux répondants de s'exprimer sur des aspects à propos desquels ils sont à la fois en mesure de s'exprimer et désireux de le faire. Cela semble d'une simplicité désarmante, mais de nombreux auteurs constatent encore aujourd'hui que plusieurs sondages soulèvent principalement les préoccupations et les sujets d'intérêts pour les gestionnaires et les cliniciens, tandis que ceux qui sont chers aux patients sont laissés de côté (Patwardhan et Spencer, 2012). Cela inclut les sondages de type expérience-patient, notamment celui du Picker Institute (Drain et Clark, 2004).

En 1973, le sociologue Pierre Bourdieu publiait un court article intitulé « L'opinion publique n'existe pas »[7]. Il y relatait différents problèmes méthodologiques liés aux sondages d'opinion dont deux retiennent particulièrement notre attention. En effet, dans un sondage d'opinion ou de satisfaction, on présume, premièrement, que le thème abordé est important pour le répondant et, deuxièmement, que le répondant a nécessairement une idée à ce sujet, ce qui, selon Bourdieu, n'est pas juste et crée un artéfact[8] ; c'est-à-dire un phénomène construit artificiellement et ne correspondant pas à la réalité.

L'une des principales forces des sondages de satisfaction réside justement dans le fait qu'ils permettent de compléter l'information sur la qualité des soins et des services en les examinant du point de vue du patient. Drain et Clarck (2004) affirment, à juste titre, que : « *The proper use of patient surveys is to collect information that cannot be collected any other way, such as patient evaluations of care* »[9]. Cependant, il faut bien comprendre ce que cela signifie. Car, certains objecteront que ce point de vue comporte une lacune importante, soit que le patient n'a pas les compétences pour juger de la qualité d'un soin ou d'un service. Cela est effectivement vrai à propos de certains aspects, notamment la qualité technique des services (Donabedian, 1980)[10]. Ainsi, on pourrait difficilement s'attendre à ce que les patients soient en mesure de juger de la qualité de la stérilisation d'un instrument, par

exemple. Malgré cette limite, il y a des dimensions de la qualité pour lesquelles le patient est le meilleur juge. La courtoisie des intervenants, par exemple, sera appréciée de façon plus pertinente par les patients que par les gestionnaires ou les collègues cliniciens. Il faut donc considérer la qualité comme comportant plusieurs dimensions, dont les aspects techniques liés aux actes que posent les professionnels de la santé, mais également des attentes des patients qui concernent surtout la façon dont sont dispensés les services.

Le questionnaire devra comporter des items sur lesquels les usagers peuvent et désirent se prononcer. Aussi faut-il éviter les questions qui n'ont de sens que pour les cliniciens ou qui abordent la dimension à partir de leur seul point de vue.

Il faudra également s'assurer de l'exhaustivité des questions, car un sondage pourrait afficher des résultats positifs alors que, dans les faits, les usagers sont insatisfaits pour d'autres aspects sur lesquels ils n'ont pas été interrogés (Tarentino, 2004)[11].

Dans une démarche d'évaluation de la satisfaction, la façon de contourner ces biais est de consulter les usagers dans le processus d'élaboration du questionnaire. C'est d'ailleurs ce que l'Agence de Montréal avait fait au tournant des années 2000 en réalisant plusieurs groupes de discussions pour construire son instrument de collecte. Des validations semblables ont également été réalisées lors des deux démarches à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et lors de celle de l'ISQ.

La consultation des usagers entraine des ajustements nécessaires. En voici un exemple. À partir d'une question portant sur le niveau de satisfaction à l'égard de la communication entre les membres de l'équipe clinique, les usagers consultés ont mentionné qu'il leur était impossible de répondre à une telle question mais, qu'en revanche, ils pouvaient aisément se prononcer sur le fait de devoir répéter les mêmes renseignements à chaque membre de l'équipe clinique.

Au plan technique

Tenir compte des biais inhérents aux échelles de satisfaction dans l'analyse des résultats

Tout instrument de mesure comporte des biais et les sondages de satisfaction n'y échappent pas. Il faut les utiliser adéquatement afin de neutraliser les biais et lorsque tout a été fait, reconnaitre que des biais demeurent et en tenir compte dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

Dès le milieu des années 1970, Risser (1975)[12] constatait que les résultats étaient généralement très élevés. En fait, les proportions de personnes se déclarant assez ou très satisfaites se situent habituellement entre 75 % et 100 % (Worthington, 2005 ; Westbrook, 1993 ; Carey et Posavac, 1982 ; Risser, 1975)[13]. Ce phénomène s'explique par différents facteurs inhérents aux échelles de satisfaction dont les trois principaux sont les suivants : le biais de désirabilité sociale, l'attrait de la réponse positive et l'effet assimilation-contraste.

Comme le disait Bourdieu, tous n'ont pas nécessairement une opinion sur un sujet donné, mais le biais de désirabilité sociale fait en sorte que les gens répondent aux questions qu'on leur pose même lorsque le sujet ne les intéresse pas. Que répondent-ils alors ? Ils optent le plus souvent pour la catégorie « assez satisfait » qui fait ici figure de catégorie refuge.

L'attrait de la réponse positive est, pour sa part, un biais bien connu des sondeurs et qui fait en sorte que, comme l'explique Muchielli (1979)[14], les gens ont tendance à minimiser leur insatisfaction et hésitent à donner des réponses dont la connotation est négative.

> La perception qu'a l'usager à l'égard des services, qu'elle soit erronée ou juste, aura un impact bien réel sur son comportement et ses attitudes…

U de M
Faculté de l'éducation permanente
PROGRAMME MODIFIÉ EN 2013
Certificat en gestion des services de santé et des services sociaux
QUALITÉ + PERFORMANCE + PLANIFICATION + COMMUNICATION
Responsable du programme : Chantal Lévesque
514 343.6090 1 800 363.8876
www.fep.umontreal.ca/gss
Université de Montréal

Enfin, selon la théorie développée par Sheriff et Hoveland (1961)[15], le degré de satisfaction n'est pas une mesure directement proportionnelle à l'écart entre les attentes et la perception des services rendus. Il est plutôt conditionné par deux processus mentaux : l'*assimilation* intervenant lorsque l'écart n'est pas trop grand et le *contraste* lorsque l'écart atteint un certain seuil. Dans le premier cas, le répondant aura tendance à minimiser son insatisfaction ou sa satisfaction de façon à faire correspondre sa perception à ses attentes (Pascoe, 1983)[16] ; le résultat sera généralement la réponse « assez satisfait ». Dans le second cas, l'écart étant élevé, le répondant aura tendance à établir nettement une distinction entre ce à quoi il s'attendait et la perception qu'il a des services reçus. Il choisira alors les catégories extrêmes pour décrire son niveau de satisfaction telles « pas du tout satisfait » et « très satisfait ».

Citons, pour illustrer ce phénomène, cet exemple tiré de l'enquête de l'ISQ en 2009 : « *… lorsque les catégories « assez satisfaits » et « très satisfaits » sont combinées au sein des usagers des CLSC, le pourcentage varie entre 67 % et 98 %, soit un écart de 32 % entre l'item qui est le plus satisfaisant et celui qui est le moins satisfaisant. Si l'on considère uniquement la catégorie des « très satisfaits », la variation passe de 37 % à 84 %, soit un écart de 47 % entre les items le plus et le moins satisfaisant* »[17]. (ISQ, 2009, page 23).

Ce qu'il faut retenir de cela, c'est que la catégorie « assez satisfait » exprime une certaine neutralité de la part des répondants et correspond à ce que les méthodologues appellent une « catégorie refuge ». Afin de neutraliser ce biais, il est suggéré, à l'instar des sondages menés par l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et l'ISQ, de n'utiliser que la catégorie « Très satisfait » lors de l'analyse.

En conclusion

L'examen des caractéristiques du sondage de satisfaction nous permet de constater que ce type d'approche a toujours sa pertinence pour documenter la satisfaction des usagers, tout comme l'approche « expérience-patient » d'ailleurs, car toutes deux ne mesurent pas la même chose.

Les sondages de satisfaction mesurent une perception et cette information est utile puisqu'elle permet de mettre en lumière des problématiques concernant non seulement la qualité des soins et services mais également des problématiques relatives à l'offre de service et sa connaissance par les usagers, ainsi que la communication avec les usagers.

Ces sondages seront valides si les méthodologies employées tiennent compte de leur nature et des biais inhérents aux sondages.

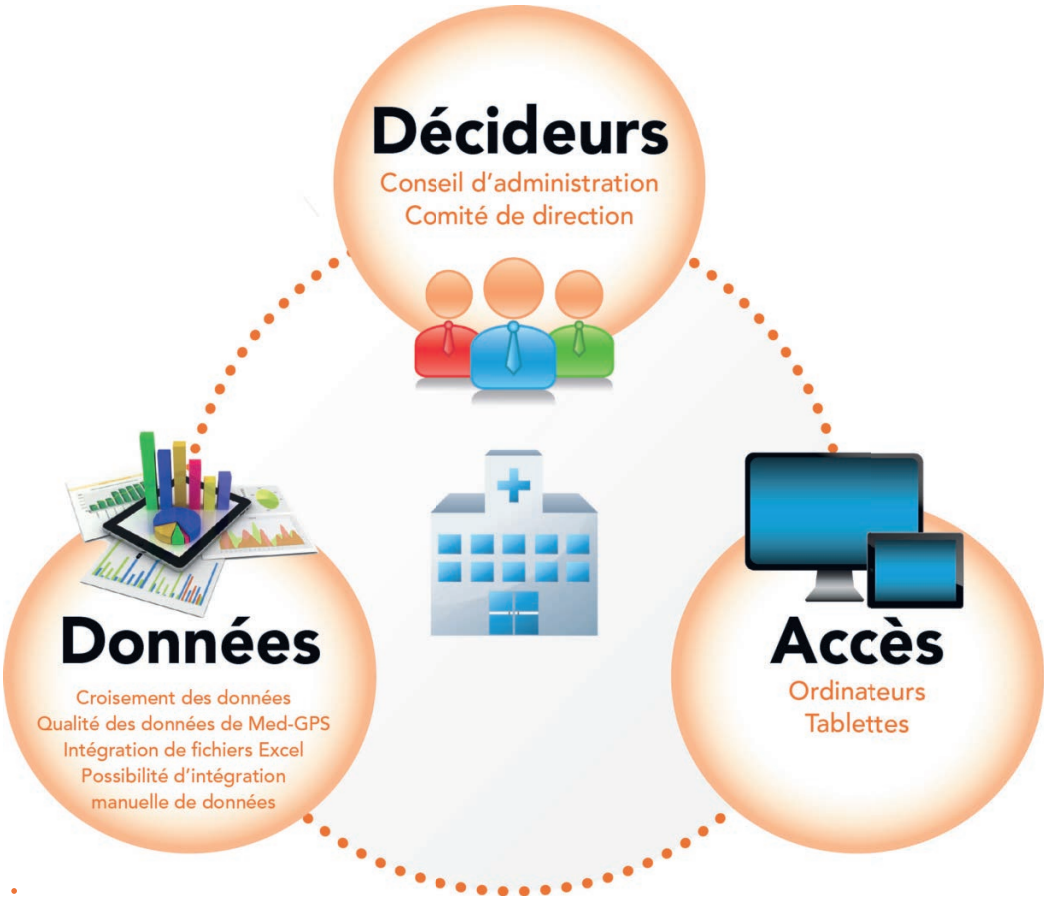
À ces conditions, vous aurez des sondages qualité de qualité ! ●

Références bibliographiques

1. CANTIN, J. et L. ROCHELEAU (2006). *Sondage sur les attentes et la satisfaction des usagers hospitalisés à l'égard des services offerts à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine*, Montréal, Direction des soins infirmiers, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
2. ROCHELEAU, Louis, Sylvain VÉGIARD, Marie-Ève TREMBLAY, Jocelyne CAMIRAND, Ghyslaine NEILL et Issouf TRAORÉ (2008). *Regard croisé sur la satisfaction et les attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec en 2006-2007*, Institut de la statistique du Québec, 122 p.
3. BUTTLE, Francis (1996). "SERVQUAL: review, critique, research agenda". *European Journal of Marketing*, Vol. 30 Iss: 1, pp.8–32.
4. Cité dans WESTBROOK, JI. (1993). "Patient satisfaction: methodological issues and research findings". *Australian Health Review.* 1993;16(1): pp.75-88.
5. PARASURAMAN, A.; BERRY, Leonard L.; ZEITHAML, Valarie A. (1995). "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research". *Journal of Marketing* 49, 4, 41-50.
6. ROCHELEAU, L. et D. GRENIER (2001). *L'amélioration continue de la qualité des services pour et avec l'usager : évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers : sondages 2000, Rapport*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
7. Exposé fait à Noroit (Arras) en janvier 1972 et paru dans *Les temps modernes,* 318, janvier 1973, pp. 1292-1309. Repris dans *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1984, pp. 222-235.
8. Selon le dictionnaire Larousse : Altération du résultat d'un examen due au procédé technique utilisé.
9. DRAIN, Maxwell & CLARK, Paul Alexander (2004). "Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives". *JHQ Online,* Jul/Aug, pp. W4-6–W4-16.
10. DONABEDIAN, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment monitoring, vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
11. TARANTINO, D. (2004). "How should we measure patient satisfaction?" *Physician Executive*, July-August.
12. RISSER, N. (1975). "Development of a scale to measure patient satisfaction with nurses and nursing in primary care settings". *Nursing Research*, vol. 24, p. 45-52.
13. Cité dans CANTIN & ROCHELEAU (2006).
14. MUCHIELLI, R. (1979). *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*, Paris, Éditions Sociales françaises.
15. SHERIFF, M. & HOVELAND, C. I. (1961). *Social judgements: Assimilation and contrast effects in communications and attitude change.* New Haven, CT: Yale University Press.
16. PASCOE, G. (1983). "Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis". *Evaluation and Program Planning*, Vol. 6, p.185-210.
17. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). Page 23.

Le pouls de votre établissement au bout de vos doigts

Tableaux de bord automatisés grâce à l'intelligence de MAGIC / Med-GPS.



Avantages :

- Automatisation des indicateurs;
- Indicateurs prédéterminés, adaptés aux besoins des établissements de santé;
- Élimination du temps d'extraction et de validation des données;
- Flexibilité pour bâtir vos propres indicateurs;
- Qualité des données;
- Développés selon une expertise de plus de dix (10) ans dans le domaine de la santé.

MédiaMed
TECHNOLOGIES
www.mediamedtech.com

Pour une vision en santé

PIERRE BLAIN
Directeur général
Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU)

L'EXPÉRIENCE CLIENT - PEUT-ON RÊVER D'UNE CULTURE DE SERVICE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ?

Article nº 09.03.11 Mots-clés : usagers, clients, RPCU, LEAN, satisfaction.

Le concept d'expérience client est prometteur pour les usagers du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et pour le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU).

La culture organisationnelle actuelle de la plupart des établissements de santé et de services sociaux ne favorise pas la notion de client.

En effet, tenir compte de l'expérience vécue par l'usager lorsqu'il reçoit des services indique une ouverture de la part de l'établissement et un souci de rendre les meilleurs services dans les meilleurs délais et dans les meilleures conditions. Cela ne pourrait qu'améliorer la qualité des services.

Présentée ainsi, l'expérience client signifierait que toute l'organisation n'a qu'un but : travailler en fonction de l'usager, c'est-à-dire ne pas s'en tenir seulement à lui rendre les meilleurs services, mais faire en sorte qu'en bout de ligne il soit satisfait des services qu'il a reçus. L'usager s'attendrait donc à ce que la prise de rendez-vous soit simplifiée et que les délais pour obtenir un rendez-vous soient plus courts. Il souhaiterait également que l'on se soucie de l'accueil qui lui est réservé ainsi que de la qualité des soins et des services qui lui sont offerts. Il espérerait de plus que l'on prenne en compte la propreté des lieux et l'attrait de l'environnement où sont proposés ces services, que l'on coordonne aussi les suivis nécessaires et, finalement, que l'on se préoccupe de sa satisfaction lors de son passage dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Vous me voyez venir... Est-ce la situation que vit présentement l'usager dans le réseau québécois ? La réponse est non. Cependant, cela ne veut pas dire que le réseau ne peut pas créer les conditions gagnantes pour y arriver.

Des percées inspirantes, à l'étranger

Le concept d'expérience client s'est développé aux États-Unis. Les établissements entrent en compétition les uns avec les autres pour attirer leur clientèle. L'usager est donc un client et on doit lui donner les services auxquels il est en droit de s'attendre pour ce qu'il paie. L'idée, très séduisante, a fait son chemin, et on la retrouve aujourd'hui dans plusieurs pays comme la France, la Grande-Bretagne et les pays scandinaves.

Plusieurs hôpitaux américains sont des leaders dans ce domaine. On peut mentionner Cleveland Clinic, Mayo Clinic (Mayo Foundation for Medical Education and Research) et Partners HealthCare. On peut d'ailleurs lire, sur le site Internet de la Cleveland Clinic, la philosophie de son fondateur, le Dr William E. Lower. Ce dernier a écrit[1], en 1921, que :

- le patient est la personne la plus importante de notre institution ;
- les patients ne sont pas dépendants de nous, mais nous, d'eux ;
- les patients n'interrompent pas notre travail, ils sont notre raison d'être ;
- les patients ne sont pas à l'extérieur de nos affaires, nos affaires dépendent d'eux ;
- le patient est une personne, non pas une statistique ;
- c'est notre travail de le satisfaire.

C'est cela, la vraie définition de l'expérience client, et elle devrait être implantée au Québec.

Dans le système québécois de la santé et des services sociaux, il y a en partant un obstacle à cette notion de client et ce sont les termes utilisés. On mélange tous les termes : on utilise ainsi indépendamment *usagers, bénéficiaires, patients* et, depuis peu, *citoyens*. Le seul

mot que l'on n'utilise pas est celui de *client*, car l'usager n'est pas vraiment considéré comme un client par les établissements. Malheureusement, on entend encore trop souvent dire que l'usager, « ce n'est pas un client, car il ne paie pas. Il n'a donc pas de raison de se plaindre. » Pourtant, les Québécoises et les Québécois paient chèrement leur système de santé et de services sociaux.

Le fait de ne pas s'entendre sur un vocabulaire commun traduit une volonté de fermer les yeux sur la réalité. L'usager est un client du système de la santé et des services sociaux auquel des services doivent être fournis. S'il est le client, il faut lui en donner pour son argent.

Dans une analyse des initiatives internationales en matière de l'expérience du patient, la Haute Autorité de santé, en France, fait la distinction entre ce que l'on appelle « *la satisfaction à l'égard d'un service » et l'expérience patient […] qui consiste à demander aux patients d'évaluer des aspects objectifs de leur prise en charge […], de les interroger […] sur une prestation de soin […], de demander aux utilisateurs quant à leurs intentions de recommander le service ou de revenir dans le service* ».[2]

Par conséquent, l'expérience client est différente de ce qui se fait actuellement dans le réseau québécois qui axe son analyse sur le degré de satisfaction des usagers. Des enquêtes sur la satisfaction de la clientèle en ce qui concerne les soins et les services reçus sont menées. Quelques établissements ont mis sur pied un processus d'évaluation continu. Plusieurs, cependant, enclenchent cette démarche seulement lors des visites d'agrément.

Les comités des usagers et de résidents ont aussi comme mandat « d'évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement ». Cela se trouve à l'article 212, alinéa 2, de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Dans un article publié dans le Journal du RPCU, Nathalie Ebnoether et Dieudonné Soubeiga ont fait ressortir les différences entre les formes d'évaluation faites au sein des établissements[3]. D'ailleurs, le RPCU a proposé de fournir aux comités des usagers et de résidents un instrument d'évaluation standardisé qui pourrait servir dans le cadre des visites d'appréciation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Les assises du concept

Comment peut-on s'y prendre, concrètement, pour que l'expérience client puisse s'implanter dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux ? Il faut d'abord un changement radical de culture : le système québécois doit passer de la bureaucratie au service. La culture organisationnelle actuelle de la plupart des établissements de santé et de services sociaux ne favorise pas la notion de client. Cette nouvelle approche nécessite cependant de considérer l'usager comme un client, donc d'axer la culture organisationnelle vers la prestation des services. Cela demande des leaders forts, des pratiques différentes et des employés engagés.

Le *Lean Management* en est un bel exemple. Au départ, l'idée du *Lean* est intéressante. Le *Lean* se veut avant tout une culture d'amélioration continue qui implique tous les membres d'une organisation dans le but de satisfaire le client en faisant toujours mieux. On élimine le gaspillage et on se consacre à l'essentiel. Je vois donc très bien cette notion cohabiter avec l'expérience client où, en fin de compte, le résultat recherché, c'est la satisfaction de l'usager et le service à lui donner. La philosophie véhiculée par Planetree se révèle aussi attrayante, car elle mise également sur les services.

Un improbable changement de culture

L'organisation entière doit être mise à contribution pour amorcer un virage client. Jocelyn Pinet et André Coupet, spécialistes en gestion, affirment que « *pour devenir une entreprise véritablement axée sur la qualité du service au client, il ne s'agit plus d'ajouter ou de coller une énième initiative, mais bien d'opérer un virage culturel majeur piloté par des leaders eux aussi engagés dans la qualité du service au client* »[4].

Selon moi, les établissements devront adopter plusieurs mesures avant de prendre ce tournant. Ils doivent d'abord entrer dans une culture du service, c'est-à-dire tout mettre en place pour satisfaire l'usager. Pour atteindre une qualité de service à l'usager, l'organisation devra nécessairement analyser l'ensemble du parcours et de l'expérience des usagers dans la prestation des services qu'elle offre.

Cela devra obligatoirement comprendre l'analyse de toutes ses opérations, de tous les points de contact qui précédent et qui suivent l'utilisation des services. Il faudra donc que les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et leur personnel se sentent impliqués dans l'expérience client dès le moment où les services sont conçus. Vous me parlerez aussi évidemment de budget. Je vous répondrai que le service est le service et est du service. Pas besoin de budget pour cela. Il faut juste réorganiser les choses et mettre le client et son besoin au cœur de tout.

Je doute fort que l'on puisse réformer le système actuellement, car la culture organisationnelle est trop axée sur elle-même au détriment de l'usager. Les organisations font tout pour se rendre la tâche facile : l'administration passe avant l'usager.

À quand une réforme en profondeur ? L'usager peut toujours espérer. ●

Références bibliographiques

1. my.clevelandclinic.org/Documents/Patient-Experience/OPE-Newsletter-5-26-10.pdf
2. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (France) (2011). *Mesure de l'expérience du patient – Analyse des initiatives internationales*, COMPAQ-HPST, avril.
3. EBNOETHER, Nathalie et Dieudonné SOUBEIGA (2013). « Les différentes évaluations de la satisfaction des usagers dans les établissements de santé et de services sociaux et le rôle des comités des usagers », *Journal du RPCU*, vol. 4, nº 3, mars, p. 3.
4. PINET, Jocelyn et André COUPET (2009). « Créer une culture de service : une question de leadership », *Gestion, Revue internationale de gestion*, vol. 33, nº 4, Hiver, p. 48.

MARIE BEAUCHAMP
Marie Beauchamp
Groupe-Conseil Inc.
Ex-directrice générale de CSSS

UNE EXPÉRIENCE-CLIENT SATISFAISANTE ET PERFORMANTE

Article nº 09.03.18 Mots-clés : transformation, client-citoyen-payeur, qualité-prix, transparence, performance.

L'expérience-client... Que l'on soit très familier ou non avec ce concept qui a fait son arrivée dans le milieu de la santé et des services sociaux, le sujet présente un défi stimulant pour plusieurs, ainsi que pour moi, actrice privilégiée des 35 dernières années de transformation de notre réseau et des organisations qui le constituent.

Pour notre réseau, cette approche n'est-elle qu'une question de philosophie ?

Les professionnels et les gestionnaires qui y œuvrent doivent être en mode d'adaptation constante, tant au plan de leurs approches cliniques que de gestion ou de gouvernance. Cette évolution nécessaire a toujours eu pour seul objectif l'amélioration continue des services pour la population, le patient, le bénéficiaire, l'usager, le résident... notre client !

Ce client a connu lui aussi son lot de « transformations ». L'évolution des caractéristiques sociodémographiques et sociosanitaires de nos populations et les nouveaux besoins en services qui en découlent sont bien réels. Notre client de demain posera aussi de nouveaux défis. Nous pouvons facilement l'imaginer mieux informé, plus technophile et, de façon générale, plus exigeant en matière de qualité et plus actif du point de vue de l'organisation et de la prise de décision quant à son plan de services.

Du citoyen pris en charge par l'État-assureur dans les années 1970, en passant par le citoyen-consommateur-décideur-payeur de 1990, nous évoluons vers une relation client-clinicien redéfinie, une vision de patient-partenaire, de client-expert.

Sous différentes appellations, notre client et son « expérience » ont toujours été au cœur des commissions, débats et réformes qui ont ponctué les quatre décennies d'histoire de notre réseau ; et cela est fort heureux ! De façon soutenue, des orientations cliniques et de gestion nous ont été suggérées, et quelquefois imposées, afin de constamment recentrer notre action vers le client comme notre raison d'être. C'est ainsi que des obligations administratives et cliniques sont introduites, tels les codes d'éthique, la transformation du dossier médical en dossier de l'usager, les comités d'usagers, le renforcement continu des mécanismes de traitement et de recours à l'égard des plaintes, le processus d'agrément, les sondages de satisfaction, une plus grande transparence en gestion des risques....

Divers cadres et approches de gestion viennent aussi soutenir notre vision, différents modèles cliniques appuyer nos démarches, et ce, toujours dans le but de mettre notre client au cœur de nos actions. Plus récemment, pensons à l'approche Lean Healthcare, au Cadre national des capacités de leadership en santé LEADS, au modèle Planetree et, de façon plus ciblée, à l'approche adaptée à la personne âgée, à celle de milieu de vie, au Programme-cadre montréalais en négligence Alliance, et autres.

Enfin, depuis les 20 dernières années au moins, s'ajoute la préoccupation accrue à l'égard de la fragilité du financement de notre système, de la capacité de plus en plus limitée de l'État et du citoyen-payeur à le soutenir. De cet incontournable enjeu naissent de nouvelles obligations pour une plus grande imputabilité, une gestion plus transparente et rationnelle des fonds publics, une plus grande efficience de nos processus et, finalement, une meilleure performance de notre réseau.

L'expérience-client maintenant !

Dans différents types d'entreprises, l'expérience-client se définit habituellement par la satisfaction éprouvée par le client face à un bien acheté, consommé ou un service reçu. Des critères assez universels comme la facilité d'accès, la rapidité du service, la fiabilité ou la qualité du produit, la courtoisie et le service après vente sont souvent ceux retenus par les clients. De plus, le rapport qualité-prix fait habituellement partie de l'évaluation du niveau de satisfaction du client et fait souvent basculer la décision du consommateur. Une expérience-client unique, qui se distingue, inciterait même le client à payer davantage.

Dans notre réseau, contrairement aux entreprises de biens et services du secteur privé, nul besoin de travailler à l'attraction de la clientèle, à la fidélisation de nos usagers, ou aux avantages concurrentiels de nos différentes offres de services. Alors, pourquoi et comment accueillir et introduire ce concept d'expérience-client et nous assurer de sa valeur ajoutée dans notre réseau ? Pour une majorité d'entreprises du secteur privé, adopter l'approche d'expérience-client est une question de survie. Pour notre réseau, cette approche n'est-elle qu'une question de philosophie ?

Rapidement, nous pouvons convenir que l'expérience-client dans notre réseau ne trouve pas son sens dans un objectif de marketing. Ce concept ou cet outil devrait plutôt nous permettre d'enrichir notre quête d'une réponse plus juste, mieux adaptée aux besoins du client, d'approfondir notre recherche d'amélioration continue et nous permettre de consolider la participation et la contribution de notre client-partenaire-expert.

Pourquoi l'expérience-client ne pourrait-elle pas aussi s'inscrire dans notre recherche de la performance ?

À l'instar de tout consommateur, celui des services de santé et services sociaux est à la recherche d'accessibilité (proximité), de rapidité (délai de réponse), de fiabilité (sécurité), de qualité et de courtoisie (respect). Le seul critère qui n'influence pas l'expérience-client dans notre réseau est le rapport qualité-prix ou qualité-cout, et pourtant ! Nous qualifions souvent notre système de santé comme l'un des meilleurs au monde et j'y crois. Le financement de notre système, par son assise fiscale, répond à nos valeurs collectives d'équité sociale et j'y souscris entièrement. La gratuité de nos services est une illusion : les citoyens paient collectivement tous les services qu'ils consomment. Notre système coute cher à l'État : 45 % des dépenses de programmes en 2011-2012. À mon avis, pour que l'expérience-client dans notre réseau soit complète, cette donnée, à savoir le cout ou la valeur estimée des services, manque à notre équation. Une plus grande transparence à l'égard de cette information, une meilleure connaissance du prix réel, que l'on se place du côté de l'intervenant ou du client, m'apparaissent de plus en plus comme une nécessité.

Cette préoccupation du cout de nos services de santé et de services sociaux doit devenir un incontournable pour tous les gestionnaires et intervenants, cliniciens ou non.

À chaque fois que nous posons un geste, que nous utilisons les ressources qui nous sont confiées, nous devons nous questionner sur la pertinence de nos actions, de nos décisions pour le client. Nous devons certes nous assurer de choisir les meilleures pratiques cliniques et de gestion, mais ce choix doit se faire au meilleur cout possible. Et nous devrions nous donner les moyens de mesurer ce cout et de pouvoir tous en témoigner. Nous devrions développer la conviction d'une utilisation rationnelle et optimale des fonds publics ainsi que la certitude de la performance de notre réseau.

En ce qui a trait au citoyen-payeur, l'intérêt et la valeur ajoutée à une information transparente et la plus juste possible ne résident pas dans une intention à caractère punitif ou de contrôle, liée à un ticket modérateur ou orienteur. Selon moi, le citoyen-payeur-consommateur que nous sommes tous, devrait réclamer et obtenir cette information afin de prendre une mesure plus juste de la valeur des services reçus, lui permettant d'utiliser plus rationnellement les ressources disponibles et d'apprécier plus judicieusement ce bien précieux. Bien au-delà d'une simple sensibilisation aux couts du système, cette information pourrait finalement devenir un éclairage supplémentaire dans son nouveau rôle de patient-partenaire.

Alors, oui à l'expérience-client satisfaisante et performante ! ●

Marie Beauchamp, récipiendaire 2013 du Prix d'excellence Raymond-Carignan : la passion, la vision, l'intégrité et le courage mis au service de la population !

Marie Beauchamp s'est vu décerner par l'Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux du Québec (ADGSSSQ), en 2013, le prestigieux *Prix d'excellence Raymond-Carignan*. Remis annuellement par l'ADGSSSQ, ce prix honore une directrice générale, un directeur général, une directrice générale adjointe ou un directeur général adjoint s'étant particulièrement démarqué par la qualité exceptionnelle de l'ensemble de sa carrière, la constance d'une gestion remarquable, sa contribution au rayonnement de la profession, ses réalisations significatives et novatrices au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Madame Beauchamp a œuvré 34 ans dans le réseau de la santé et des services sociaux et fut notamment directrice générale du CSSS du Nord de Lanaudière (2007 à 2012), directrice générale adjointe du CSSS de Laval (2004 à 2007), directrice générale du CLSC-CHSLD Ste-Rose de Laval (1994 à 2004) et directrice générale du CLSC Métro-Montréal (1987 à 1994). De par ses grandes qualités humaines et le respect constant de la clientèle, madame Beauchamp est sans contredit une source d'inspiration pour ses 250 collègues dirigeant notre important réseau de la santé et des services sociaux québécois.

Le Prix Raymond-Carignan

« *Aimer les personnes, les écouter, est une richesse que je souhaite à tout le monde.* » Raymond Carignan

Dr Raymond Carignan, homme engagé socialement et leader incontesté, a marqué tout au fil de sa carrière l'histoire du réseau de la santé et des services sociaux. En 2009, l'ADGSSSQ a nommé son prix d'excellence en son honneur.

Sylvie Desrosiers
Chargée de projet - Développement professionnel
ADGSSSQ

LE BUREAU DE L'EXPÉRIENCE CLIENT DU CHU SAINTE-JUSTINE – COLLABORATION ENTRE LE COMITÉ DES USAGERS ET LA DIRECTION DE LA QUALITÉ POUR MIEUX COMPRENDRE LES ATTENTES DES PATIENTS

MARIE SUZANNE LAVALLÉE
Directrice de la qualité, sécurité et risques

DIEUDONNÉ SOUBEIGA
Conseiller, évaluation de l'expérience patient

ANNIE RAINVILLE
Présidente du comité des usagers

Dr FABRICE BRUNET
Directeur général
Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine

Article nº 09.03.03 Mots-clés : expérience client, attentes des patients, enquêtes clientèles, comité des usagers, collaboration.

Contexte de création du Bureau de l'expérience client

L'une des fonctions du Comité des usagers (CU) prévue par la Loi sur les services de santé et les services sociaux consiste à « promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement » (LSSSS, art. 212). L'évaluation de l'expérience des patients constitue également l'un des piliers des démarches d'amélioration continue des services portées par la direction de la qualité, sécurité et risques (DQSR) au CHU Sainte-Justine. Aussi, la DQSR, dans sa vision participative, a proposé au CU une collaboration ad hoc pour ce champ d'intérêt commun. Cela a conduit à la création, en 2011, du Bureau de l'expérience client (BEC) qui est copiloté par les deux instances. La phase pilote du BEC s'est terminée à l'hiver 2013 ; puis, la direction générale a autorisé le déploiement de cette ressource sur une base permanente. Durant la phase pilote, le CU a soutenu financièrement une partie des activités du BEC. Un expert en sondages possédant des compétences en développement et validation des questionnaires a été engagé à l'automne 2011.

L'angle d'approche

La mission du BEC consiste à évaluer l'expérience des usagers et à mettre à la disposition des gestionnaires et intervenants les informations utiles pour l'amélioration continue des services. Nous avons structuré le BEC au regard des données probantes documentées dans d'autres contextes. Le modèle du *Office of Patient Experience* de la Cleveland Clinic[1] nous a particulièrement inspirés. Cette clinique dispose d'un comité de l'expérience patient faisant partie du comité d'administration. Leur *Office of Patient Experience* réalise des sondages continus centralisés (HCAHPS) et décentralisés portant sur les installations. Des données qualitatives sont également colligées à travers des groupes de discussion. Le bureau se charge aussi des plaintes.

Au CHU Sainte-Justine, les projets du BEC sont des chantiers de collaboration entre le comité des usagers, le commissaire local aux plaintes, les gestionnaires clinico-administratifs et la direction de la qualité, sécurité et risques.

Les enquêtes auprès des clientèles : l'approche expérience patient

Les enquêtes auprès des usagers utilisent l'approche expérience patient. Cette approche, axée sur des mesures détaillées de faits, d'actions et de processus de soins, diffère des enquêtes de satisfaction classiques qui recueillent les jugements des patients. La surestimation des taux de satisfaction est une faiblesse des sondages de

1. Cleveland Clinic (2010). *Focus on the patient experience.* Office of patient experience. http://my.clevelandclinic.org/Documents/Patient-Experience/OPE-Newsletter-5-26-10.pdf

satisfaction classiques, bien documentée dans la littérature. Les enquêtes de l'expérience patient, en revanche, génèrent des résultats plus sensibles à la réalité (voir l'article analyse de Soubeiga, Demers et Lavallée à la page 6 de ce numéro).

Le BEC a proposé une politique d'évaluation continue combinant un sondage général à l'échelle de l'organisation et des enquêtes décentralisées spécifiques aux programmes clientèles.

L'enquête générale pour l'ensemble de l'établissement

Nous avons élaboré un questionnaire générique dont le contenu prend en compte les missions et les valeurs, les exigences d'Agrément Canada et les composantes du programme humaniste Planetree. Un noyau d'items du questionnaire d'Agrément Canada a été maintenu en vue d'éventuels balisages avec les autres établissements.

Les enquêtes décentralisées pour les programmes clientèles

Le CHU Sainte-Justine compte six programmes clientèles avec des activités cliniques diversifiées (réadaptation, néonatologie, chirurgie, traumatologie, gynécologie…). Les gestionnaires clinico-administratifs ont constamment montré de l'intérêt à intégrer la perspective des usagers dans leur démarche d'amélioration. En novembre 2011, à la suite de l'invitation du BEC, tous les programmes ont participé à la première séance de présentation des résultats des sondages et des plans d'action au comité des usagers. Chaque programme soumet au BEC de façon périodique des demandes de soutien méthodologique pour la réalisation de sondages sur mesure pour des services, cliniques et unités de soins. Les projets d'évaluation de l'expérience patient soumis par les programmes sont examinés par le comité dirigeant du BEC, constitué de la directrice qualité, d'un membre du comité des usagers et d'un directeur de la haute direction. Le BEC a développé des questionnaires « maison » spécifiques à l'urgence, à l'imagerie médicale, au service d'endoscopie pédiatrique, aux cliniques externes de continuité, à la chirurgie d'un jour, aux unités d'hospitalisation, à la santé mentale et à la néonatologie. La construction des questionnaires suit un processus participatif impliquant des patients, des intervenants et le commissaire local aux plaintes. Des groupes de discussion sont organisés pour identifier les aspects à mesurer qui importent le plus aux yeux des clientèles. L'expert du BEC rencontre également le commissaire local aux plaintes pour dresser un portrait des plaintes par services, unité et clinique. Cela permet de formuler des questions de sondages qui ciblent les aspects des services faisant l'objet de plaintes récurrentes.

Leçons et apprentissages

Le BEC a conçu une procédure de développement des questionnaires «maison » pour les services, cliniques et unité de soins. Pour chacune des entités, des groupes de discussion avec des patients et des intervenants sont prévus. Dans la pratique, il s'est avéré très difficile de réaliser les rencontres dans certains départements. À l'urgence, aucun groupe de discussion n'a eu lieu avec les patients. En revanche, nous avons effectué des entretiens semi-structurés avec une dizaine d'usagers au sujet des éléments de services qu'il faudrait évaluer selon leur point de vue. La base de données des plaintes fut également exploitée pour identifier des aspects à mesurer. Tous les membres du Comité des usagers ont eu l'occasion de bonifier la première version du questionnaire de l'urgence.

La construction des questionnaires suit un processus participatif impliquant des patients, des intervenants et le commissaire local aux plaintes.

L'implication de toutes les parties prenantes — patients, Comité des usagers, commissaire aux plaintes, intervenants, gestionnaires — est une formule beaucoup plus facile à annoncer qu'à appliquer. Certaines questions de l'expérience patient sont perçues par les intervenants comme des mesures de leurs performances individuelles : citons, par exemple, le temps d'attente dans la cabine d'examen avant l'arrivée du médecin et la courtoisie du brancardier durant le déplacement. L'expert du BEC se retrouve souvent dans une situation délicate lorsque des équipes demandent de retirer de certains questionnaires des items importants aux yeux des patients.

De façon générale, les gestionnaires trouvent que les données collectées sont tangibles et mesurent directement les éléments des plans d'action. Cependant, ils critiquent souvent la « sévérité » des mesures de l'expérience patient. Auparavant, les équipes avaient l'habitude de fixer à 90 % les cibles de satisfaction à atteindre. Avec les nouveaux outils, les scores obtenus pour les différentes questions sont généralement en deçà de 80 % et sont très variables en fonction des items. Pour l'instant, les équipes affirment avoir des difficultés pour fixer de nouvelles cibles.

Malgré ces difficultés, l'apport du BEC est reconnu par tous les acteurs. Les membres du Comité des usagers apprécient la nouvelle approche de mesure de l'expérience patient ainsi que leur participation à l'élaboration des questionnaires. En 2011, le Comité des usagers a adressé à l'expert du BEC une lettre de remerciement et de félicitations exprimant leur satisfaction à l'égard des services du bureau.

Conclusion

En somme, le BEC est un système de production continue de données à l'échelle de l'établissement et sur le plan des entités opérationnelles. Les informations colligées alimentent les différents plans d'action. Le comité des usagers continue de soutenir le BEC et favorise son développement en demandant une reddition de comptes sur les résultats des sondages de satisfaction. Il sollicite également une description des impacts organisationnels étant donné la nouveauté de cette ressource.

La synergie développée entre le Comité des usagers et la direction de la qualité est un signe de cohésion organisationnelle et une preuve d'engagement des dirigeants envers l'intérêt supérieur des patients. Notre philosophie humaniste est cohérente avec le développement du BEC et assure sa pérennité.

Ce modèle de collaboration peut être développé dans les autres organisations de santé de la province, afin de concrétiser davantage la notion de services centrés sur les clients à l'échelle du réseau. ●

DANIEL LA ROCHE
Directeur
de l'évaluation,
de la qualité et de
la planification
stratégique (DEQPS)
CHU de Québec

MARTIN COULOMBE
Adjoint au directeur
Évaluation, DEQPS

ÉRIC DANEAU
Adjoint au directeur
Lean, DEQPS

EXPÉRIENCE PATIENT ET AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ : UNE SYNERGIE QUI SE BÂTIT

Article nº 09.03.04 Mots-clés : expérience patient, évaluation, lean, gemba, amélioration de la qualité.

Pour maximiser leur probabilité de succès, les démarches d'amélioration continue de la qualité doivent s'appuyer sur le partenariat et la synergie entre les patients et l'organisation. Il s'agit de reconnaitre, valoriser et tirer profit du savoir expérientiel des patients en leur donnant une voix afin que leur vécu et leurs besoins aient un impact déterminant sur les décisions. L'article présente trois avancées du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec en la matière : la création du Bureau d'évaluation de l'expérience patient (BEEP), l'implication des patients dans les projets *lean* et le *gemba* des directeurs.

Évaluer l'expérience patient

À l'automne 2011, le CHU de Québec a mis en place son BEEP en réponse aux besoins exprimés par le comité de direction de l'établissement de se rapprocher de sa clientèle, de savoir comment les patients et leurs proches vivent et perçoivent leur trajectoire de soins. Diverses méthodes sont utilisées : questionnaires autoadministrés, entrevues semi-dirigées, groupes de discussion et observations colligées lors des *gembas* des directeurs, dont il sera question plus loin. L'analyse de ces données fournit des informations d'une grande richesse contribuant à orienter les actions d'amélioration continue, à en assurer le suivi et à guider le développement des programmes et services. Il a été démontré que l'expérience patient est associée positivement à l'efficacité clinique et à la sécurité des soins, soutenant l'inclusion de l'expérience patient comme un des piliers centraux de la qualité en santé[1].

Les patients et le Lean

Éliminer les gaspillages en milieu hospitalier grâce à des projets d'amélioration continue contribue à bonifier l'expérience patient. Pour y arriver, des solutions durables identifiées par les acteurs les mieux positionnés dans l'établissement sont mises en place. Ces acteurs sont les gens travaillant sur le terrain, sur le plancher. Là où la valeur se trouve. C'est là le cœur et l'esprit du *Lean Healthcare Six Sigma*[2].

Depuis 2008, les établissements du CHU de Québec œuvrent dans des projets visant à améliorer l'expérience patient. Près d'une quinzaine de projets *lean* ont été réalisés. Leur but consiste principalement à revoir les façons de faire afin d'éliminer les gaspillages et d'optimiser l'organisation du travail. Les gaspillages, ce sont toutes activités ou étapes de processus qui n'ajoutent pas de valeur aux yeux des patients, de nos clients. De façon classique, nous en retrouvons huit catégories (Tableau 1)[3].

Tableau 1 - Liste des gaspillages

1. Surproduction	5. Transports et déplacements
2. Temps d'attente	6. Recherches et manutentions
3. Inventaire en excès (stock)	7. Non-qualité et défauts
4. Méthodes inefficaces, tâches inutiles	8. Mauvaise utilisation du potentiel humain

Au CHU de Québec, l'élimination des gaspillages et la réorganisation du travail se réalisent selon la méthode DMAIIC. Ce cycle (Tableau 2) permet de préparer le terrain à l'innovation et de réunir les conditions gagnantes pour la pérennité des solutions mises en place.

Tableau 2 - Le cycle DMAIIC

Étape	Description
Définir	Circonscrire le projet
Mesurer	Prendre des mesures d'observation, questionner notre personnel, nos clients
Analyser	Analyser les données pour réaliser un diagnostic de la situation actuelle
Innover	Atelier Kaizen
Implanter	Implantation des solutions identifiées par l'équipe Kaizen
Contrôler	Vérifier si les solutions répondent bien aux problématiques soulevées

C'est dans ce cycle que nous intégrons nos clients dans nos projets. Dans la phase « Mesurer », nous collectons notamment des données sur l'expérience patient et la satisfaction de nos clients par rapport à nos services. À cette étape, ceci se fait par le biais de sondages, entrevues ou études menées par notre BEEP. L'organisation est alors en mode écoute envers nos clients.

De plus, nous impliquons nos patients dans la phase « Innover ». Elle se réalise par la mise en œuvre d'un atelier Kaizen. Cet exercice méthodique se fait avec une équipe multidisciplinaire encadrée par un facilitateur *lean*. Cet atelier consiste à identifier les principaux gaspillages ou problématiques au sein d'un secteur, à définir la situation actuelle

> Il a été démontré que l'expérience patient est associée positivement à l'efficacité clinique et à la sécurité des soins, soutenant l'inclusion de l'expérience patient comme un des piliers centraux de la qualité en santé.

et celle visée par le biais d'une cartographie, à travailler sur des solutions pour finalement les prioriser et bâtir un plan d'action adopté par l'équipe de travail. La participation d'un patient à cette phase permet à l'équipe de se concentrer sur des solutions axées sur les besoins des patients. En début d'atelier, le patient partage son expérience avec le groupe et participe à l'identification des gaspillages. Il aide par la suite l'équipe à prioriser des solutions qui sont en lien avec les problématiques vécues. À ce stade, l'organisation intègre le patient au cœur de ses projets et les représentants des clients sont engagés dans l'amélioration des soins et services de l'hôpital.

La contribution de nos clients amène une meilleure orientation du choix des solutions discutées en atelier. Les solutions se doivent d'être axées sur l'amélioration du service à nos clients. Un patient, M. Yvan Quigley, a accepté de se joindre à l'équipe de l'unité d'accueil de la planification chirurgicale. Pour cette première expérience, notre volontaire a pris part à la formation ceinture blanche avec le reste de l'équipe Kaizen afin de se familiariser avec le processus à venir et, bien entendu, pour faire connaissance avec l'équipe.

« Au début je n'étais pas certain de mon rôle, mais j'ai vite compris que, comme patient, je pouvais apporter ma vision pour les aider à comprendre comment on se sent. J'ai raconté mon expérience », relate M. Quiqley.

« Au cours de l'atelier, on m'a souvent consulté et j'ai eu l'agréable impression d'être apprécié, de rendre service. J'espère que ma contribution aura apporté quelque chose. Le *lean* est extraordinaire », de conclure M. Quigley, « mais ça demande de la bonne volonté. Je considère que c'est un bon outil qui amène une nouvelle façon de penser centrée sur le client. »

À la sortie de l'atelier, 26 solutions ont été apportées par l'équipe Kaizen afin d'améliorer le séjour de nos clients en planification chirurgicale. Les solutions étaient centrées sur l'amélioration de la fluidité des processus, des outils d'enseignement, de la planification des rencontres et sur l'efficience de l'évaluation clinique. Depuis, le temps de présence d'un patient à l'unité d'accueil de la planification chirurgicale est passé de 5 h 45 min à 4 h 7 min en moyenne et le projet est seulement en cours d'implantation !

Le gemba des directeurs

Le *gemba* est un élément très important de la philosophie *lean*. Le terme *gemba* signifie là où se trouve la valeur, où le travail s'effectue[3]. Dans les établissements de santé, la valeur est sans aucun doute auprès de nos clients, nos patients. Le *gemba* permet aux gestionnaires de mieux comprendre leur milieu. Il s'agit d'un mode d'action qui sert à voir, sentir et toucher les réalités du terrain. Cette activité permet d'observer ce qui se passe dans notre milieu, d'identifier les principales difficultés et les opportunités d'amélioration et, ultimement, de prendre des meilleures décisions de gestion !

C'est dans cet esprit que le CHU de Québec a implanté des tournées régulières des membres de la haute direction sur le terrain (*gemba*). Ces tournées, centrées sur les patients, devraient permettre de rapprocher la gouvernance de la réalité de ces derniers pour que la vision stratégique de l'organisation et les décisions prises soient arrimées à l'expérience patient et son amélioration.

Le modèle employé est très proche de ce que les centres hospitaliers de Saint-Boniface ou du CHU Mont-Godinne (Belgique) réalisent. Dans un premier temps, les directeurs sont conviés à se présenter sur une unité clinique. Après une brève rencontre avec le responsable de l'unité, ils rencontrent deux patients afin de leur poser des questions sur la qualité de leur séjour. Des questions comme :

- Avez-vous été impliqué dans votre plan de soins ?
- Connaissez-vous votre date de départ ?
- Qu'est-ce que le CHU de Québec pourrait faire pour améliorer votre séjour ?

À la fin de leur visite, ils prennent soin de remplir un document simple résumant les faits saillants de la visite et leurs observations de l'unité de soins (encombrement , propreté, personnel courtois ?, etc.). Les observations sont ensuite compilées et résumées pour une présentation mensuelle au comité de direction. Un plan d'action sera généré par le comité de direction afin de résoudre les éléments les plus critiques. Les informations collectées alimenteront également les évaluation d'expérience patient. En bref, le *gemba* c'est :

1. Marcher dans la trajectoire de nos patients
2. Identifier les gaspillages et les opportunités d'amélioration
3. Questionner notre personnel et nos clients sur ces éléments
4. Prendre note des suggestions d'amélioration
5. Évaluer les impacts des idées
6. Valoriser les idées d'amélioration
7. Procéder à la mise en œuvre rapide des solutions en impliquant de près notre personnel
8. Évaluer l'expérience patient (données du questionnaire)

Conclusion

En somme, rehausser significativement l'expérience patient au sein de notre établissement et veiller à l'amélioration continue de nos processus demandent des actions concertées à plusieurs niveaux. En plus d'intégrer les patients dans les projets d'amélioration, nous croyons qu'en implantant les tournées de la direction, en enrichissant les bases de données de notre BEEP et en identifiant les pistes d'action les plus porteuses à partir de leur analyse, nous serons en mesure d'atteindre nos objectifs. ●

Références bibliographiques

1. DOYLE, C., L. LENNOX and D. BELL (2013). "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness". *BMJ* Open 3(1).
2. DE KONING, H. et al. (2006). "Lean six sigma in healthcare". *J Healthc Qual* 28(2): p. 4-11.
3. JANCARIK, A.-S. et L. VERMETTE (2013). *Recension des écrits sur des méthodes de types Lean*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 135 pages.

Je choisis

LE DEVOIR

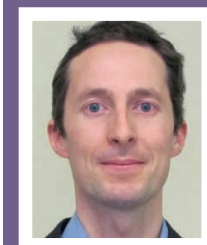
Libre de penser

actualité

LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE QUÉBÉCOISE EN ÉVALUATION DE L'EXPÉRIENCE PATIENT : UNE EXPERTISE À PARTAGER !

Article nº 09.03.05 Mots-clés : expérience patient, communauté de pratique, évaluation, amélioration continue de la qualité.

LYNDA BÉLANGER
Ph. D.
Responsable du Bureau d'Évaluation de l'Expérience Patient
Centre hospitalier universitaire de Québec



JEAN-GUILLAUME MARQUIS
Agent de planification, programmation et recherche
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

AUDREY-MAUDE MERCIER
M. Comm.
Conseillère en promotion de la santé
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

« Il n'y a qu'une façon de mesurer si nos soins sont centrés sur les patients, il faut le leur demander. » [1]

Au printemps 2012, des professionnels responsables de l'évaluation de l'expérience patient (EP) ou de la satisfaction des clientèles des cinq centres hospitaliers universitaires du Québec et de l'Hôpital général juif, ainsi qu'un représentant du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal se sont réuni pour créer une communauté de pratique en évaluation de l'EP. L'objectif de cet article est de présenter cette nouvelle communauté et de décrire son rôle dans l'évolution de la mesure de l'EP en tant que levier de l'amélioration continue de la qualité des centres hospitaliers du Québec.

L'expérience patient

L'expression « expérience patient » est utilisé pour désigner « l'ensemble des perceptions, des interactions entre l'organisation et sa clientèle, ainsi que des faits vécus par les patients et leurs proches tout au long de leur trajectoire de soins et de services »[2]. Évaluer l'expérience patient, c'est donner à la clientèle l'occasion de se prononcer sur différentes dimensions de l'expérience vécue durant leur épisode de soins.

Alors que l'évaluation de la satisfaction repose sur les attentes individuelles, l'EP questionne les patients autant sur les éléments factuels de leur épisode de soins (p. ex., temps d'attente, contrôle du bruit) et sur leur perception de la qualité des soins et des services offerts (p. ex., courtoisie du personnel, propreté des chambres) (Russel, 2013). Il est donc possible d'obtenir une meilleure lecture de la réalité perçue par les patients et d'identifier des pistes d'amélioration continue de la qualité à partir des besoins et des préférences exprimés par la clientèle (NICE, 2012). L'EP est par ailleurs davantage reconnue comme l'un des piliers de la qualité des soins, au même titre que l'efficacité clinique et la sécurité des patients (Doyle et coll., 2013).

L'EP est un indicateur de performance essentiel sur le plan stratégique. Source privilégiée d'information sur les pratiques cliniques, l'EP peut soutenir l'organisation des soins et des services au niveau opérationnel, tel que lors de projets de réaménagement, de révision des processus (projets lean) ou d'activités de formation du personnel. Cette information doit faire partie de l'approche élargie d'amélioration de la qualité, en étant mise en parallèle avec d'autres indicateurs plus conventionnels tels l'accessibilité, la sécurité, l'efficacité et les couts (NHS, 2010). La considération accrue des besoins exprimés par les patients et leurs proches contribue à la mise en place de changements significatifs pour ces derniers (voir l'article du CHU de Québec en page 24 de ce numéro).

Pourquoi une communauté de pratique en expérience patient?

En plein essor dans les différents établissements de santé du Québec, l'évaluation de l'EP est désormais une exigence d'Agrément Canada. Il s'agit toutefois d'une pratique évaluative récente, dont les processus d'évaluation

1. Citation de Dre Marie-Dominique Beaulieu, présidente du Collège des médecins de famille du Canada. Paru dans *Le Médecin de famille canadien*, vol. 59 ; mars 2013, p. 317.
2. Inspiré de la définition de l'Institut Beryl : http://www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp

ne sont ni standardisés, ni parfois même implantés dans certains milieux. Même s'il existe déjà différents outils d'évaluation reconnus, bon nombre de ces instruments ont été construits dans le cadre d'initiatives locales, répondant aux besoins spécifiques des équipes. Bien qu'ils comportent certains avantages, ces instruments « maison » ne sont pas nécessairement valides. De plus, l'hétérogénéité liée à l'utilisation d'instruments différents limite la possibilité de comparer les résultats entre établissements. Enfin, comme l'évaluation de l'EP s'implante progressivement, les professionnels qui œuvrent dans ce domaine sont peu nombreux. Travaillant souvent seuls ou dans de petites équipes, ils construisent leur expertise dans l'action, au fil de leurs différents mandats. Alimentés par un besoin d'échange et de partage de leurs savoirs et expertises, quelques professionnels se sont réunis pour créer une communauté de pratique en EP. Issus de diverses disciplines professionnelles, telles l'administration, l'épidémiologie, la psychologie, les sciences infirmières et le travail social, ces professionnels aux profils diversifiés visent à définir et promouvoir l'EP à tous les niveaux de la prestation des soins et services et à implanter une culture de l'évaluation au sein de leur établissement.

Dès sa création, la Communauté s'est voulu près des patients en accueillant parmi ses membres un représentant du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire de l'Université de Montréal. Ce partenariat est fondamental afin d'arrimer la conception et l'évaluation de l'EP avec les préoccupations et priorités des patients. Leur contribution est essentielle pour mener à des activités d'amélioration continue qui auront un impact significatif sur la prestation de soins.

Mandats et objectifs de la Communauté de pratique

La Communauté de pratique vise la mise en commun des savoirs pour développer des outils d'évaluation dans le respect des meilleures pratiques évaluatives. Elle permet de partager les outils de travail disponibles et d'échanger sur les différents modes de fonctionnement et expériences pertinentes à l'EP. Autrement dit, ce partage d'expertise permet d'éviter de réinventer la roue chacun de son côté et, par le fait même, augmente l'efficacité, la rigueur, la cohérence et la validité de la démarche. Ultimement, l'un des objectifs de la Communauté sera de produire des données permettant la comparaison de l'EP (*benchmarking*) entre les différents établissements. Au-delà de l'évaluation, son mandat est de contribuer à la mise en place d'une EP optimale au sein des établissements de santé de la province. Bien que la mesure soit primordiale, l'utilisation des résultats qui en découlent représente une préoccupation importante pour assurer l'amélioration de l'expérience vécue par les patients lors d'un séjour hospitalier. Par le partage d'approches méthodologiques en transfert des connaissances, d'outils et de stratégies de diffusion efficaces des résultats d'enquêtes, elle vise à soutenir l'amélioration de l'EP en favorisant l'appropriation des résultats par les milieux concernés. À plus grande échelle, elle cherche à offrir une expertise-conseil au sein du réseau de la santé et de ses partenaires ainsi qu'à influencer les décisions et les exigences des différentes instances décisionnelles en matière d'évaluation de l'EP. Il s'agit donc de créer des canaux de communication et des liens de travail avec divers acteurs aux niveaux local, régional et national pour soutenir l'implantation et le maintien d'une culture d'EP de grande qualité au sein des établissements de santé québécois.

Votre but – et le nôtre – est d'atteindre les meilleurs résultats possibles
et de vous aider à offrir des soins de santé de haute qualité.

Calgary | Montréal | Ottawa | Toronto | Vancouver | Région de Waterloo
Borden Ladner Gervais S.E.N.C.R.L., S.R.L. | Avocats | Agents de brevets et de marques de commerce
blg.com

BLG
Borden Ladner Gervais
D'abord le service

Partenaires et réalisations

La création de cette communauté a rapidement trouvé écho auprès de diverses instances telles que l'Institut de la statistique du Québec, la Direction québécoise de cancérologie, Agrément Canada et l'Association québécoise des établissements de santé et services sociaux (AQESSS). La communauté offre une tribune de discussion auprès des principaux acteurs terrain en évaluation au Québec afin que ces derniers deviennent partie prenante des décisions, des orientations et des stratégies d'évaluation de la qualité des services telles que perçues par les patients. Leur intérêt à échanger témoigne de leur volonté à travailler de concert avec les établissements afin d'harmoniser les méthodologies évaluatives de l'EP.

Depuis sa création en 2012, elle a permis aux membres de mieux se préparer en vue de leurs processus d'accréditation par Agrément Canada. Elle a aussi participé au colloque du Réseau pour l'amélioration continue de la qualité (RACQ) en mai 2013 par le biais d'une présentation et soutenu certains établissements dans l'orientation de leurs efforts en matière d'évaluation.

Défis et enjeux

Le développement d'une vision commune autour d'un sujet en constante évolution demeure un défi important, lequel accentue le besoin de créer des occasions d'ancrage nécessaires au bon déroulement et à la pérennité du projet. Aussi, outre les défis propres à l'ensemble des communautés de pratiques (p. ex., le développement d'une vision commune, la consolidation et l'entretien de liens professionnels, etc.), cette communauté fait face à certains défis plus spécifiques. À titre d'exemple, l'hétérogénéité des structures organisationnelles ainsi que la place accordée à l'évaluation de l'EP au sein des différents établissements de santé représente un enjeu très important. Tandis que certains membres ont le mandat clair de développer l'approche en matière d'EP dans leur établissement, de créer des liens avec les équipes d'amélioration continue de la qualité ou de soutenir le développement de l'approche du « patient partenaire », d'autres doivent piloter le dossier de l'EP à temps partiel, avec peu de ressources et sans mandat précis. Ces différences font en sorte que les membres, en dépit de leurs intérêts communs, n'ont pas tous les mêmes priorités ou les mêmes possibilités d'action. Enfin, trouver le temps d'entretenir ces relations de travail au-delà des exigences quotidiennes, tout en conservant l'objectif de transmettre cette expertise à travers le réseau, demeure un défi de taille. Très sollicités au sein de leur établissement, notamment en période d'Agrément, les membres doivent d'abord se doter d'objectifs consensuels afin d'en dégager, par la suite, des actions prioritaires.

Messages clés

Il est primordial de trouver un juste équilibre entre les efforts consentis à mesurer l'EP et les efforts visant à l'améliorer. Il s'agit d'abord pour un établissement de préciser ses objectifs avant d'élaborer sa stratégie d'évaluation. Il est ensuite possible de faire des choix en considérant les avantages et limites des différentes méthodologies existantes. À cet égard, la Communauté a créé une synergie d'expertises en évaluation et en amélioration de l'EP qui permettra de mieux répondre aux besoins de nos organisations.

Conclusion

En somme, l'évaluation de l'EP oriente l'amélioration continue de la qualité en fonction des besoins et priorités exprimés par la clientèle. Le partenariat avec les patients est un élément essentiel au succès. En capitalisant sur les forces diversifiées de ses membres et en partageant ses réalisations, la communauté de pratique sera un acteur clé pour mieux baliser ce domaine relativement nouveau au Québec. ●

Références bibliographiques

DOYLE, C., LENNOX, L. et al. (2013). "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness." *BMJ* Open 3(1).

NATIONAL INSTITURE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE - NICE (2012). "Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services". *NICE clinical guideline 138*. guidance.nice.org.uk/cg138: 25 p.

NATIONAL HEALTH INSTITUTE (2010). Patient experience- Dr Foster intelligence. *The intelligent board* - http://drfosterintelligence.co.uk/wp-content/uploads/2011/06/Intelligent-Board-2010.pdf

RUSSEL S. (2013). "Patients' Experiences: Top heavy with research". *Research matters:* Melbourne. p. 3

www.arihq.com

LE POINT SUR LES RI

Le cahier des ressources intermédiaires

- Apprivoiser la violence
- Les clients agressifs et la sécurité du personnel en RI
- Un cadre de vie en réponse à la violence
- Après la violence : mieux intervenir

À propos de l'ARIHQ

L'Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec (ARIHQ) est reconnue officiellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour représenter toutes les ressources intermédiaires d'hébergement du Québec. C'est un organisme sans but lucratif qui regroupe des membres propriétaires et gestionnaires de ressources intermédiaires d'hébergement. Les ressources intermédiaires (RI) offrent leurs services aux divers établissements du réseau de la santé et deviennent leurs partenaires dans leur mission d'hébergement, de soutien et d'assistance.

Éditrice et responsable du contenu
Johanne Pratte, directrice générale, ARIHQ

Coordination à l'édition et ventes publicitaires
Françoise Courchesne, responsable des communications, ARIHQ

Collaboration à la présente édition
Michel Clair, président du conseil d'administration, ARIHQ
Annie Gauthier, agente de recherche et développement, ARIHQ
Juliette Jarvis, M. Sc., coordonnatrice de recherche, Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal et coordonnatrice de l'Équipe de recherche VISAGE (Violence Au travail selon le Sexe et le GEnre) de l'Institut de la santé des femmes et des hommes
Marie Josée Robitaille, adjointe à la direction générale, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)
Nathalie Lanctôt, Ph. D., stagiaire postdoctorale, École de criminologie /Université de Montréal - Centre d'étude sur le trauma / Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Paul-Émile Tanguay, propriétaire, Résidence Tanguay

Révision linguistique
Suzanne Perron

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2291-0468

Les photos illustrant la page couverture sont issues des concours photo de l'ARIHQ – éditions 2011 et 2012.
Crédits photos : Denis Pigeon, Ghyslain Perron, Suzanne Blais, Line Biron, Karine Perrin.

Les opinions émises dans les articles ne sont pas celles de l'ARIHQ et par conséquent n'engagent que les auteurs ou les personnes qui témoignent.

OXYBEC Santé-confort

Partenaire pour les intervenants oeuvrant dans le domaine institutionnel, dans les ressources intermédiaires et en soins à domicile.

Équipements et fournitures
Lits de soins à profil bas
Matelas préventifs et curatifs
Prévention des chutes et de l'errance
Et beaucoup plus….

Tél. : **1 800 361-9911** ou **oxybec.com**

Apprivoiser la violence

Plusieurs pourront penser que la violence ne s'apprivoise pas, que les mots « apprivoiser » et « violence » sont antinomiques. La violence est une réalité en soi qui peut prendre une forme destructive et douloureuse. Pourtant, elle fait partie intégrante de l'humain et donc de nous tous. Elle est là, tapie, enfouie, latente ou contrôlée dans l'être humain et peut s'actualiser à divers degrés, selon les circonstances, les individus, les souffrances, les peurs et toutes sortes de mécanismes propres à la nature humaine.

Peut-on ignorer cette violence, autant celle qui peut monter subitement chez un préposé qui fait face à une difficulté que celle qui prédispose certains de nos résidents à passer à l'action violente ? Comment reconnaître que le potentiel de violence fait partie de la réalité de nos ressources, sans être victime des préjugés ni du sensationnalisme des médias ? Il n'y a pas de réponse simple à ces questions.

Comment aussi, dans les organisations, pouvons-nous communiquer au sujet de cette réalité qui fait mal, que l'on tait souvent autant par pudeur que par sentiment de culpabilité ? Il n'y a pas de réponse simple ici non plus. Même les personnes victimes de violence au travail, comme les préposés ou éducateurs bien formés et bien au fait de la réalité des ressources spécialisées en trouble grave du comportement, se sentent coupables quand l'incident survient, malgré tout leur savoir-faire.

En abordant ce sujet, *Le Point sur les RI* veut apporter sa modeste contribution à l'apprivoisement de cette réalité par tous ceux et celles qui sont prêts à se pencher sur cet enjeu avec professionnalisme, humanisme et empathie envers toutes les personnes concernées.

Je tiens à remercier nos collaborateurs à ce numéro qui fournissent à travers leur texte le fruit de leurs recherches, de leur expérience ou de leurs réflexions pour aider à apprivoiser la réalité de la violence dans des milieux de travail sensibles tels que les RI.

Dans le texte « Les clients agressifs et la sécurité du personnel en RI », rédigé par Marie Josée Robitaille de l'ASSTSAS, trois niveaux de prévention se distinguent. Au niveau primaire, on parle de prévention à la source, soit ce qu'on peut faire à la base pour éviter les actes de violence, qu'ils soient psychologiques ou physiques. On aura donc recours à des plans d'intervention individualisés, un cadre sécurisant adapté aux capacités et limites des résidents, ainsi qu'à des mesures visibles de sécurité, tels la surveillance adéquate, le contrôle des accès, etc. Le niveau secondaire a trait pour sa part à la protection et la gestion des crises. Dans la mesure où une crise ne peut être évitée, comment faire pour minimiser les dommages ? Ceci implique par exemple de confier seulement à des travailleurs formés les interventions pour contrôler un client physiquement dangereux et de prendre différentes dispositions telles que la définition des attentes concernant le rôle des employés lors de crises de violence, la gestion serrée des objets dangereux, le recours à une procédure d'évacuation. Enfin, le niveau tertiaire traite de récupération et d'apprentissage à la suite d'incidents. Si par malheur il y a une victime, il sera important d'analyser l'incident afin d'émettre des recommandations qui permettront une meilleure prévention à la source et des mesures de protection mieux adaptées. En toutes circonstances donc, la prévention est le mot d'ordre.

Pour sa part, l'entrevue avec M. Paul-Émile Tanguay nous offre un cas pratique et exemplaire de gestion de la violence dans une ressource intermédiaire spécialisée en trouble grave du comportement. Je tiens d'ailleurs à rendre un hommage particulier à M. Tanguay pour son engagement professionnel autant qu'humaniste dans ce domaine exigeant. Non seulement son entrevue traduit un professionnalisme évident, mais en plus, par son témoignage, il communique de façon simple et attachante tout le souci d'humanisme qui, inévitablement, est sous-jacent à l'action de tous ceux qui œuvrent dans ce type de ressources. Vous serez, j'en suis certain, touché autant que moi par ses propos aussi inspirants que dépourvus de toute prétention. Il illustre bien que oui, il est possible d'apprivoiser la violence malgré tous les défis que cela représente.

Malgré la prévention et les mesures mises en place pour éviter les actes de violence, malgré l'expérience et le savoir-faire, il arrive qu'elle surgisse néanmoins et fasse des victimes sur son passage. Dans les cas où un incident n'a pu être évité, au moins faut-il se donner le devoir d'en minimiser les impacts sur les victimes. L'article « Après la violence : mieux intervenir » nous incite à évaluer le problème sous différentes facettes, entre autres structurelle et organisationnelle, afin de donner les meilleures chances aux employés victimes de tels actes de se remettre sur pieds et, si possible, de reprendre leurs fonctions. Un sondage du groupe VISAGE mesure l'utilisation de stratégies par les travailleurs pour tenter de se rétablir. Plusieurs stratégies peuvent être mises en œuvre pour favoriser la réinsertion d'un employé. Au-delà du congé de maladie et des mesures de protection à mettre en place, une implication de la part de l'employeur et de toutes les personnes concernées doit survenir. L'employé en particulier doit se sentir épaulé. Encore une fois, c'est notre humanisme et notre empathie qui sont sollicités. Bonne lecture !

Michel Clair, président de l'ARIHQ

Les clients agressifs et la sécurité du personnel en RI

Travailler auprès d'humains en difficulté nous expose à leurs sautes d'humeur et à leurs réactions plus ou moins contrôlées de frustration, d'anxiété, d'exaspération ou de souffrance. Dans certains cas, ces réactions menacent notre santé et notre sécurité, soit par leur brutalité soudaine, soit parce qu'elles nous usent à petit feu. Peu importe la vocation de la RI, le risque est présent.

Par Marie Josée Robitaille
Adjointe à la direction générale
Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS)

Les sources du problème

Les agressions venant de la clientèle et les tourments qu'elles provoquent ne sont pas simples à prévenir. La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* nous enjoint d'éliminer le danger à la source. Mais que faire quand les sources apparentes des dangers sont justement les personnes dont on doit prendre soin ?

Une façon de contourner ce dilemme est, comme en prévention des infections, d'identifier les contaminants et de mettre en place des mesures pour éviter qu'ils se développent, se propagent et infectent tout le monde.

La majorité des agressions vécues dans le secteur de la santé et des services sociaux découlent de réactions de peur ou de colère. Les contaminants sont des émotions et elles sont très contagieuses. On remarque des comportements perturbateurs reliés à l'ennui ou au manque de stimulation du client. Ces comportements sont troublants et peuvent entraîner de l'insécurité ou de l'exaspération et conduire à des actes agressifs.

Pour prévenir les agressions, on s'attardera à identifier les sources de peur ou de colère présentes dans les situations de vie et de travail de la ressource intermédiaire.

La situation de vie des uns est la situation de travail des autres

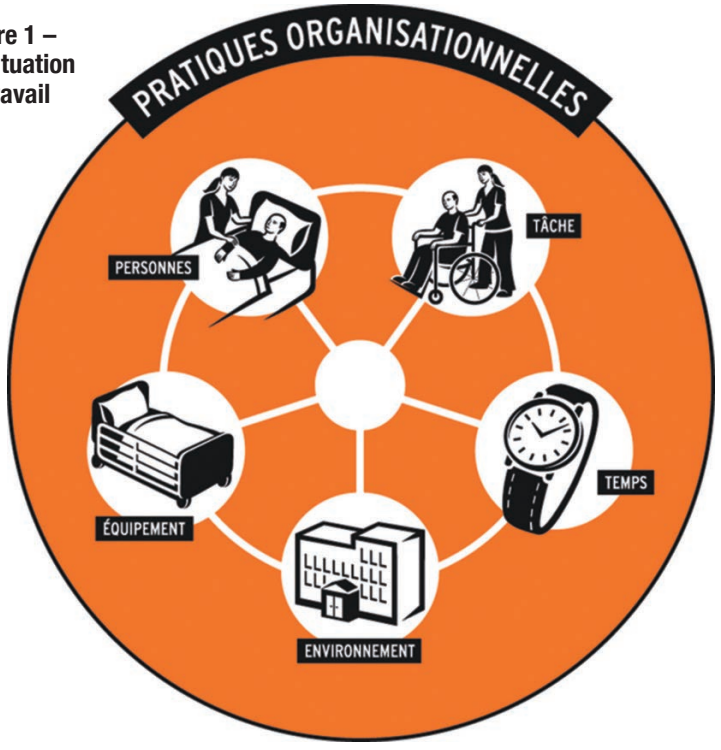
Le domaine de la santé et sécurité du travail utilise une approche systémique. Les situations de travail sont des systèmes composés de plusieurs éléments en interaction et qui s'influencent. Des personnes employées exécutent différentes tâches auprès de personnes clientes, dans des environnements, à l'aide d'équipements, dans des temps donnés. Le tout est régi par des règles, un encadrement, des rituels et des programmations qu'on nomme pratiques organisationnelles (voir la figure 1).

Pris un à un, chaque élément présente rarement un danger. Il est difficile d'envisager qu'une simple chaise devienne une source de peur ou de colère. Cependant, si un individu s'approprie « ma chaise préférée », elle deviendra une pomme de discorde, une cause de querelle qui pourrait dégénérer en acte de violence. La même chaise, lancée à travers la salle à dîner pendant le repas, causera toute une commotion chez les personnes présentes : certaines seront effrayées et d'autres, très fâchées.

Le premier enjeu de la prévention des agressions consiste à dépister les éléments ou les combinaisons d'éléments de la situation de travail et de vie susceptibles d'entraîner de la peur ou de la colère chez les clients et les rendre agressifs. Les personnes hébergées en ressource intermédiaire s'adaptent souvent moins facilement aux changements et leur capacité de résoudre leurs problèmes reste plus limitée. Elles accumulent rapidement les tensions, ce qui explique que certaines font des crises fréquentes. Le contexte et le régime de vie proposés par la ressource auront ainsi une grande influence sur l'exposition de son personnel aux risques d'agressions.

Il arrive que le personnel montre de l'inquiétude pour sa sécurité ou vive de la frustration reliée aux contraintes de sa situation de travail : p. ex., un client dont le profil ne correspond pas aux compétences de la ressource, des perturbations dans le programme d'activités, le manque d'espace, de matériel ou de temps, et l'accès difficile à de l'aide ou à des spécialistes.

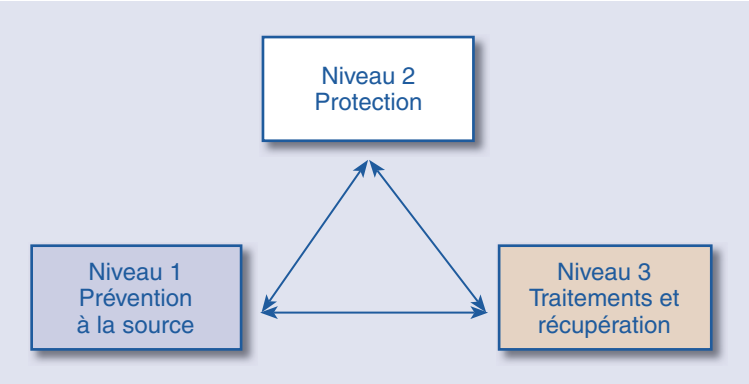
Figure 1 – La situation de travail



Un premier niveau de prévention : la prévention à la source

La ressource intermédiaire qui veut diminuer les agressions chez ses clients s'attardera à harmoniser son offre de services avec leurs besoins individuels et collectifs.

Elle interviendra aussi très rapidement pour dissiper les tensions afin d'éviter qu'elles ne dégénèrent en actes de violence. Parfois, la dissuasion est nécessaire car elle fournira au client les incitatifs dont il a besoin pour garder ou reprendre le contrôle de lui-même et renoncer à ses menaces ou à ses comportements destructeurs.



Les moyens de prévention à la source correspondent tout à fait aux mesures d'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Les pratiques organisationnelles produisent des plans d'intervention individualisés, à jour avec des objectifs réalistes et partagés avec l'usager selon ses capacités. Le personnel connaît bien la condition, l'histoire de vie et les besoins spécifiques de chaque client ; il applique le plan d'intervention, dépiste les problèmes émergents, réagit de façon empathique et professionnelle. Il communique toute observation et information utile. La ressource n'hésite pas à solliciter de l'expertise externe pour s'assurer que ses orientations de prise en charge sont adéquates ou pour améliorer son soutien à ses clients ou à son équipe. L'environnement physique et le régime de vie offrent un cadre sécurisant, adapté aux capacités et limites des résidents et suffisamment souple pour accommoder leurs goûts et intérêts.

Des mesures visibles de sécurité contribuent aussi à harmoniser le client avec son entourage et à garder le personnel confiant. Une surveillance adéquate, des distinctions claires entre les zones privées, les zones communes et les zones réservées strictement aux employés ainsi que le contrôle des accès évitent plusieurs tensions associées aux intrusions et au difficile partage des espaces.

Le propriétaire comprend la nécessité de maintenir à jour ses compétences et celles de ses travailleurs. La formation, qui alimente les efforts de prévention à la source, donnera au personnel toutes les connaissances et habiletés pour mieux comprendre les personnes dont il a la charge, pour adapter son approche et ses interventions et obtenir la meilleure collaboration possible du client. Ainsi, on augmente notre capacité de l'accompagner et on limite les occasions de provoquer de la peur ou de la colère pour tous.

Le contenu des formations varie en fonction de la vocation de la ressource et de l'analyse de ses besoins. Habituellement, ses thèmes touchent les pathologies et les syndromes, les approches de base ou spécialisées, l'observation et l'analyse fonctionnelle des comportements, la relation d'aide, des techniques thérapeutiques ou de réadaptation, des techniques particulières de communication (p. ex., langage des sourds, utilisation des tableaux de communication). Il peut s'agir de cours structurés, d'entretiens avec des experts, d'accompagnements, de conférences, ou plus simplement de mise en commun des connaissances déjà présentes au sein de l'équipe.

Il arrive que, malgré les compétences du personnel et le cadre d'hébergement, on ne puisse pas harmoniser la résidence avec le client et satisfaire ses besoins. Il faut alors reconnaître ses limites et le confier le plus rapidement possible à un établissement qui saura le prendre en charge.

Deuxième niveau de prévention : se protéger et gérer les crises

Même avec une bonne prévention à la source, il se peut que des clients ressentent, malgré tout, de la peur ou de la colère et expriment de l'agressivité pour se défendre ou se faire justice. La ressource doit se préparer à réagir de façon sécuritaire à l'intensité et à la dangerosité réelle des conduites agressives.

Pour simplifier ses démarches, on classe les comportements violents en deux grands types : les attaques verbales et psychologiques et les agressions physiques. Par attaques verbales et psychologiques, on entend les insultes, les menaces simples, le refus de collaboration, l'intimidation, le harcèlement et le chantage. Ces conduites ne portent pas directement atteinte à l'intégrité physique de la victime, mais, selon l'intensité, la fréquence et la durée, elles provoqueront des émotions de peur, de colère, de stress et les réactions physiques qui l'accompagnent comme la fatigue et l'épuisement.

On considère comme des agressions physiques les coups, les voies de fait, le vandalisme, les attentats à la pudeur, les viols, la séquestration, les menaces armées, les tentatives de meurtre. Outre les blessures corporelles, dont certaines peuvent être graves, ces agressions laissent aussi des traces psychologiques chez la victime, pouvant aller de la simple crainte au syndrome de choc post-traumatique, d'un sentiment d'injustice au désir de vengeance. Les agressions dont pourrait être victime le personnel sont des risques à la santé et la sécurité du travail.

La ressource doit prendre toutes les dispositions pour protéger ses employés et les autres clients contre les agressions. Elle confiera aux employés seulement les interventions de gestion de crise qu'elle estime réalistes, sécuritaires et raisonnables. La plupart du temps, la gestion des agressions verbales et psychologiques est à la portée des intervenants. Cependant, ils doivent posséder les habiletés pour y parvenir sans faire dégénérer la

crise vers des comportements plus dangereux. Calmer le jeu et non pas jeter de l'huile sur le feu !

Seuls des travailleurs capables, formés et entraînés à cette fin devraient se voir confier les interventions pour contrôler un client physiquement dangereux. C'est une tâche à haut risque de blessure, tant pour le client lui-même que pour le personnel. Elle devrait être considérée comme un moyen de dernier recours et non pas une intervention de routine.

On peut sécuriser les employés exposés à de la dangerosité physique par différentes dispositions : des attentes claires concernant leurs rôles et responsabilités lors de crise de violence, la gestion serrée des objets dangereux, un environnement facile à surveiller, la co-intervention, le recours à un code d'urgence et à une procédure de protection/évacuation, des ententes préalables avec la police ou des premiers répondants pour obtenir rapidement du secours, des moyens de communication d'urgence, une formation sur la protection personnelle (règles de vigilance, diversions, techniques d'esquives et de dégagement), des zones de repli…

Se sentir en sécurité est une condition nécessaire pour que les travailleurs restent attentifs aux tensions qui se développent chez les clients, qu'ils demeurent empathiques et qu'ils désamorcent les crises dès qu'elles se manifestent.

Le troisième niveau de prévention : récupérer et apprendre

Être impliqué ou témoin d'une crise de violence s'avère toujours stressant pour quiconque, même si personne n'a subi de blessure. Si, par malheur, il y a une ou des victimes, il faut les secourir rapidement, les sécuriser et soigner les blessures physiques mais aussi psychologiques. Des recherches tentent présentement de déterminer quelles sont les meilleures interventions pour prévenir les complications psychiques comme les troubles de choc post-traumatique. La pratique du « debriefing » ou retour sur l'événement et les émotions qu'il a suscitées ne serait pas aussi salutaire qu'on le pensait. Surtout si on le fait immédiatement après l'agression. En effet, chaque personne a ses propres stratégies pour affronter une épreuve. Si certaines désirent absolument en parler, d'autres veulent plutôt être réconfortées, validées. D'autres, enfin, préfèrent oublier et se changer les idées le temps que les émotions se placent. L'intervention de soutien individuelle ou auprès de l'équipe, même inspirée par les meilleures intentions, pourrait interférer avec les capacités internes des personnes à se soigner elles-mêmes. En attendant des données probantes, les premiers soins et premiers secours devraient suivre les protocoles requis pour les soins physiques, mais pour les soins psychologiques, s'aligner sur l'expression des besoins de la victime et des témoins.

Heureusement, toutes les crises d'agressivité n'occasionnent pas de lésions professionnelles. Par contre, elles permettent toutes d'en apprendre davantage sur le client, l'équipe et l'organisation de la ressource. Comme il s'agit d'un événement accidentel, c'est-à-dire non prévu et non désiré, il mérite d'être enquêté et analysé pour mieux comprendre ce qui est arrivé. Le but de l'exercice n'est pas de trouver un coupable, mais bien de déterminer les facteurs qui ont amené le client à se désorganiser, à devenir agressif et à compromettre la sécurité et le climat social autour de lui. Il y a rarement une seule cause. Le plus souvent il s'agit d'un concours de circonstances, de manque d'harmonie entre les éléments de la situation, de variations qu'il est nécessaire d'identifier pour éviter que cela ne se reproduise. L'analyse portera aussi sur les interventions de prévention et de protection du personnel de façon à enregistrer ce qu'on doit conserver et répéter dans l'avenir et ce qui mérite des ajustements ou des changements.

Les informations et recommandations viendront enrichir le dossier du client, le plan d'intervention, les procédures de sécurité, les communications et toute autre dimension du fonctionnement qui serait pertinente. La boucle sera bouclée pour enrichir la prévention à la source et les mesures de protection.

Si le client doit assumer les conséquences de ses gestes, c'est à ce niveau de prévention qu'il en fera l'apprentissage : mesures de réparation, plainte à la police, judiciarisation, transfert ou expulsion si nécessaire. L'application de conséquences logiques et appropriées au comportement, en plus d'amener le client (qui le peut) à se contrôler davantage, sera perçue par les victimes comme un acte de justice. Les ressources intermédiaires ne fonctionnent pas en marge de la société et les gens qui la composent ont les mêmes droits et, à moins d'être jugés inaptes, les mêmes obligations que tout citoyen.

Mais par où commencer ?

Le propriétaire d'une ressource intermédiaire doit assumer ses responsabilités d'employeur et s'assurer que son personnel œuvre dans un environnement sécuritaire, que ses méthodes de travail ne porteront pas atteinte à son intégrité physique et psychologique. Or, comme on l'a vu plus tôt, la prévention des agressions venant des clients touche à une multitude d'aspects du fonctionnement de la ressource. C'est pourquoi nous conseillons fortement d'établir un programme de prévention qui englobera et organisera toutes les activités et les outils administratifs et cliniques visant à limiter à la source et à contrôler les épisodes de violence.

Comme le programme s'appliquera à l'employeur et aux employés, il est judicieux d'en faire une œuvre collective et de mettre à contribution le plus de travailleurs possible pour le bâtir. Par la suite, cette approche participative simplifiera l'implantation du programme et assurera que tous y adhèrent.

Le milieu de travail a accumulé de l'expérience concernant les épisodes d'agressivité et il s'est donné des moyens et des lignes de conduites parfois informels. La première étape de la construction du programme de prévention consiste à faire un bilan de ces expériences et l'inventaire des moyens et des atouts déjà présents.

Rapidement, l'équipe devra s'entendre sur une orientation concernant les agressions, une politique de sécurité au travail. Le programme identifiera les activités cliniques, les moyens légaux, les procédures de sécurité et les mesures administratives sur lesquels on souhaite compter. On spécifiera à quels moments et dans quels contextes les mettre en œuvre. Le programme aura aussi probablement quelques projets pour mettre au point de nouveaux moyens de prévention, de protection ou de rétablissement.

Un programme de prévention des agressions ne doit pas être figé et immuable. Il évoluera en fonction du développement de la ressource pour répondre adéquatement aux besoins de sécurité des travailleurs et des clients.

LE GROUPE Uniprix

rayonne partout au Québec!

- Plus de 300 succursales Uniprix, Uniprix Santé et Uniprix Clinique au Québec
- 10 nouvelles pharmacies en 2012
- Une dizaine d'ouvertures prévues en 2013

Être un pharmacien
de famille affilié à Uniprix,
ça donne un sens
à votre pratique!

Uniprix Uniprix Santé Uniprix Clinique Clinique Santé

Un cadre de vie en réponse à la violence

Par Annie Gauthier
Ph. D.
Agente de recherche et développement
ARIHQ

***« En ressource intermédiaire, nous travaillons avec l'humain. Il faut des gens qui ont le goût du contact humain »*, estime Paul-Émile Tanguay, propriétaire de la Résidence Tanguay.**

La Résidence Tanguay, ressource intermédiaire située dans la région de Québec.

La violence surgit. Souvent, elle est sans mot et entraîne avec elle des actes destructeurs. Un résident les commet envers lui-même, envers un autre ou envers les choses. La violence surgit : elle n'est pas facilement prévisible et contrôlable. Quel cadre mettre en place afin de favoriser la coexistence dans nos milieux de vie ?

Lorsque Paul-Émile Tanguay a pris la décision d'ouvrir une ressource intermédiaire, il était d'abord motivé par l'idée d'offrir une stabilité résidentielle à des usagers dont la trajectoire de vie était ponctuée par des séjours répétitifs en établissement. Plus de cinq ans après avoir concrétisé son projet, la Résidence Tanguay jouit d'une excellente réputation auprès de ses partenaires du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Québec. Les résidents y ont acquis cette stabilité que cherchait à instaurer son propriétaire. Ils ne se désorganisent plus autant qu'avant, de sorte que les actes de violence se raréfient. « Nous avons accueilli un résident qui, à son arrivée, se désorganisait en moyenne 27 fois par mois. Maintenant, c'est 3 ou 4 fois ».

Ce type de résultats relève de plusieurs facteurs. « Il n'y a pas un élément qu'on doit retenir plus qu'un autre et qui assurerait une réussite. De toute évidence, cependant, il y a la volonté de vouloir changer les choses pour que la qualité de vie de ces gens soit satisfaisante ». Dans l'entretien qu'il a accordé à l'ARIHQ, le propriétaire de la ressource nous livre les éléments-clés du cadre de vie qu'il a voulu mettre en place afin d'apprivoiser la violence telle qu'elle peut surgir en RI.

Les résidents hébergés à la Résidence Tanguay sont autistes, pour la plupart mutiques. L'un d'entre eux, contre toute attente, est passé des pictogrammes au langage, qu'il apprivoise peu à peu. Tous présentent ce que les experts appellent des troubles graves du comportement (TGC). L'un d'eux a commencé à se faire du mal à l'âge de 5 ans. Il se frappe lui-même. Un autre gratte, déchire et peut même aller jusqu'à défoncer les murs de sa chambre.

« De toute évidence, observe notre interlocuteur, la demande sociale de normalité ne fonctionne pas pour eux ». En effet, c'est frappant. La Résidence Tanguay accueille des adultes, mais on y trouve des jouets pour enfants qui sont sans danger. S'il faut sécuriser les résidents, on doit aussi sécuriser le milieu et les employés : les fenêtres sont protégées par un polymère incassable, les cadres sur les murs sont plastifiés et vissés. Un protocole d'urgence est prévu. Le propriétaire est disponible 24 heures sur 24 pour épauler le personnel en place, si nécessaire. C'est dire qu'à la Résidence Tanguay, la violence constitue un risque réel tout autant qu'une souffrance qui altère la qualité de vie des personnes. Pour ces raisons, elle ne peut pas être négligée.

Apprivoiser la violence

Les êtres humains apprennent tôt dans la vie que la violence, ça fait mal. Une personne ressentira comme violent le fait de lui parler trop fort, de l'obliger à faire quelque chose qui lui fait peur, ou de la toucher sans qu'elle n'en ait envie. Il y a quelque chose de violent dans le fait d'être

hospitalisé à répétition, comme ce fut le cas des résidents hébergés à la Résidence Tanguay, souvent sans leur consentement.

Pour le propriétaire de la Résidence, les cris, les pleurs tout comme les actes de violence commis par les usagers sont des moyens de communiquer leurs émotions et leurs frustrations. Un résident écoute une émission pour enfants puis, soudainement, émet des sons plaintifs à intervalles de plus en plus rapprochés. « On croit facilement que les autistes sont complètements retranchés, insensibles à ce qui les entoure, mais ils réagissent. Les choses apparemment les plus banales peuvent devenir les plus importantes. » Comme tout humain, ils peuvent voir ou entendre des choses qui réveillent en eux des sentiments violents.

« Nous devons nous-mêmes être à l'écoute de ces choses-là », affirme l'éducateur. Les cris, les pleurs ou un moment de silence peuvent signaler une éventuelle désorganisation. Si rien n'est dit ou fait au bon moment, le résident peut se désorganiser et des actes de violence destructrice ou d'automutilation peuvent être posés. « Dans tous les cas, quand surgissent des risques de violence, ce peut être une question de seconde, insiste le praticien : « si nous intervenons trop tôt, pendant ou trop tard, la crise peut s'accentuer ». La sensibilité clinique compte donc pour beaucoup dans le succès des interventions.

Un cadre… pour la vie

Le cadre de vie établi est un cadre de vie pour tout le monde, peu importe sa position hiérarchique. Que l'on soit résident, employé ou gestionnaire, il est essentiel de ne pas lui porter atteinte. Les directives données au personnel visent à garantir la fiabilité du cadre. « Si tous ne le respectent pas à la lettre, cela entraîne un risque réel de désorganisation pour les résidents. On le voit, on en a fait l'expérience ». Le respect du cadre de vie permet à chaque intervenant d'interagir, d'accompagner et de soutenir les résidents de façon sécuritaire, selon son propre style. C'est ce que Paul-Émile Tanguay appelle « être professionnel jusqu'au bout des ongles. »

L'essentiel de l'apprentissage se développe sur le terrain. Le personnel est formé « pour les gens d'ici, avec les gens d'ici », de telle sorte que quand surgissent des crises, chacun peut agir en connaissance de cause. Le travail d'équipe, quant à lui, a été conçu de manière à promouvoir la collégialité. « Je ne demande rien à mes employés que je ne ferais pas moi-même. Ce qu'ils font, je l'ai déjà fait. »

« Dans l'humain, il y a la volonté de vouloir bien faire les choses, estime Paul-Émile Tanguay. Les conflits surviennent quand il y a cette idée qui vient et qui dit moi, je le fais mieux ou j'aimerais que l'autre le fasse aussi comme ça ». Au moment de concevoir un cadre de vie propice à la coexistence, il fallait donc aussi être attentif à la dynamique de l'équipe. Pour le gestionnaire, il s'agissait d'éviter que ne s'implante un état d'esprit où des sentiments de supériorité domineraient.

La volonté de bien faire

À la Résidence Tanguay, la volonté de bien faire les choses a été présente dès le choix du milieu de vie. Il y a de grands espaces verts adaptés à certains résidents qui pourraient fuguer ou s'égarer. Normalisés, ces lieux communs demeurent agréables, confortables et conviviaux. Les fenêtres sont grandes, tout en protégeant l'intimité des regards extérieurs.

Même si certains ne semblent pas s'en soucier, le propriétaire tient à ce que les résidents soient toujours proprement vêtus. « C'est une question de morale », dit-il. En outre, il note que cette approche favorise un meilleur accueil de la part des intervenants du réseau et des chauffeurs de taxi qui s'occupent de leur transport. « Ce que l'on souhaite, c'est de ne pas renforcer les préjugés et la discrimination dont ces personnes font facilement l'objet. »

Intégrer le respect dans nos modèles de pratique

« Avec la stabilité résidentielle, le respect est l'un des principaux éléments du cadre de vie mis en place », soutient M. Tanguay. Mais comment intégrer le respect dans nos modèles de pratiques, avons-nous demandé ? D'entrée de jeu, notre interlocuteur renverse le propos : « l'usager sait s'il est traité avec respect, et c'est à cela qu'il répond. D'où l'importance d'être à l'écoute et d'observer les effets de nos pratiques. Je me souviens d'un usager très désorganisé que j'ai dû à un certain moment contrôler. Sur le coup, il disait vouloir me tuer, mais après il est venu vers moi, me remerciant de l'avoir respecté. »

Éducateur sensible, Paul-Émile Tanguay l'est. Il remarque que les résidents qu'il héberge « se désorganisent de plus en plus respectueusement ». Ils savent qu'au cœur même de leur déroute, ils sont traités avec respect. Dans ce contexte, les abus s'amenuisent. Les résidents passent à travers les crises en portant de moins en moins atteinte à l'intégrité du cadre de vie, mais aussi des autres, d'eux-mêmes et des objets qui les entourent. Ainsi, traitée avec respect, la violence elle-même semble s'humaniser.

La stabilité résidentielle

Pour M. Tanguay, tendre vers une certaine stabilité résidentielle supposait le jumelage adéquat des usagers qui allaient composer le petit groupe de résidents appelés à vivre ensemble. « Le point fort du CRDI avec lequel nous travaillons, fait-il remarquer, est de reconnaître l'importance de cette stabilité que nous cherchons à offrir. » Bien que des démarches aient effectivement permis de tendre en ce sens, les tensions, conflits et ruptures du cadre demeurent inévitables. Si, par exemple, un résident ne peut supporter que les portes de chambres soient ouvertes sans se désorganiser, alors qu'un autre ne peut supporter qu'elles soient fermées, la créativité demeure nécessaire pour trouver des solutions de vie commune.

Malgré le caractère primordial des dimensions cliniques et relationnelles de la vie quotidienne en RI, M. Tanguay note que lors des rencontres avec ses partenaires, ce sont surtout les aspects administratifs qui sont discutés en premier. « L'aspect humain vient souvent en dernier », déplore-t-il.

Ceci dit, le gestionnaire croit que l'importance de la stabilité financière n'est pas suffisamment reconnue. Une telle stabilité favorise la constance au sein de l'équipe, un élément qui influence les taux de désorganisation chez les résidents, observe M. Tanguay. Le nouvel instrument de classification qui établit la rétribution se base sur les services attendus par l'établissement, plutôt que sur la « clientèle-type ». Il ne permet aucune prévisibilité budgétaire. Par exemple, si un résident se porte mieux, le CRDI peut requérir de la ressource moins de services de soutien et d'assistance, ce qui entraîne une baisse de revenus, dans un contexte clinique où l'accompagnement est pourtant loin d'être provisoire. Au moment où le propriétaire a investi des milliers de dollars pour créer sa ressource, les règles du jeu étaient différentes. À l'heure actuelle, le propriétaire constate que « c'est une question de survie » pour sa ressource.

De Robert-Giffard à la Résidence Tanguay, un parcours étoffé

Les employés de la Résidence Tanguay savent qu'ils travaillent dans un milieu efficace, empreint de professionnalisme et géré par quelqu'un qui possède le savoir-faire requis. En effet, avant de s'établir comme propriétaire de RI, Paul-Émile Tanguay a cumulé plusieurs formations et un bagage d'expériences diversifiées. Pendant 24 ans, il a été à l'emploi du Centre hospitalier Robert-Giffard (aujourd'hui Institut universitaire en santé mentale de Québec). Au début, il y a travaillé comme infirmier auxiliaire, mais aussi comme préposé aux bénéficiaires et moniteur. Il a touché plusieurs autres secteurs comme la cuisine, l'entretien ménager et l'unité médico-légale. En parallèle, il gardait un pied à l'extérieur comme agent de sécurité, constable spécial ou agent de services correctionnels.

M. Paul-Émile Tanguay

Ayant le sens de l'entreprenariat, il a déjà été propriétaire d'une compagnie d'agents de sécurité, puis d'entretien de terrains et bâtiments et même d'un centre de conditionnement physique. Après avoir reçu une formation en éducation spécialisée, il a quitté Robert-Giffard pour travailler au centre de santé et des services sociaux (CSSS) de sa région. « Je n'avais pas beaucoup de pouvoir décisionnel à l'hôpital, et je voulais dépasser cela. Au CSSS, j'ai pu m'impliquer activement dans la conception d'un plan d'intervention et y participer avec d'autres professionnels. » Cependant, l'emploi l'obligeait à des horaires variables et à des déplacements fréquents. Ce père de trois petites filles en bas âge n'était presque jamais chez lui, ce qui a vite été difficile à concilier.

Dans cette foulée s'est affirmée en lui l'idée de soumettre un projet de ressource intermédiaire au CRDI de Québec. « Ce que je voulais, c'était être responsable d'une résidence et offrir une stabilité résidentielle aux usagers. Je les avais vus entrer et sortir constamment des établissements. L'idée qu'ils puissent vivre à leur rythme, évoluer et même mourir dans une maison qui allait être chez eux m'a beaucoup mobilisé. »

Un résident chez soi. M. Tanguay, à côté, souligne que les employés sont de passage à la Résidence, alors que les résidents y sont chez eux.

Bâtir une équipe compétente

Bâtir une équipe ayant le goût et la compétence pour accompagner et intervenir auprès d'adultes autistes n'est pas évident. Des employés sont embauchés puis, peu après, constatent que ce travail ne leur convient pas. « Ils ne voient pas venir les crises, ils ne décèlent pas les risques ». Or, pour agir en mode préventif, il faut reconnaître les signes précurseurs et bien se positionner. À ce sujet, Paul-Émile Tanguay cite des études menées auprès de militaires, qui suggèrent que même s'ils reçoivent une formation préparatoire poussée, certains d'entre eux « ne répondent pas », lorsqu'ils sont confrontés au front. Cette capacité de répondre se découvre à l'essai, par l'expérience. « On ne peut pas savoir qu'on est bon avant de l'avoir essayé. » Aux yeux de l'éducateur, ce type de compétence se situe au-delà de la volonté de bien faire. « Un militaire qui ne soutient pas ses pairs au front est peut-être très courageux, mais il ne donne pas le meilleur de lui-même au moment attendu. Comme employeur, je demande à mes employés d'être à l'aise de le dire s'ils sentent que ce travail n'est pas pour eux. Si ce n'est pas ici qu'ils contribuent, ce sera ailleurs. »

Au terme de l'entrevue, nous avons demandé à cet homme motivé par un désir d'excellence quel serait le conseil qu'il donnerait à un propriétaire qui chercherait à rompre un cycle de violence qui se serait installé dans sa ressource. « L'humain, a-t-il répondu, peut manquer de capacité comme il peut défoncer des barrières, bâtir et s'épanouir. Si, à répétition, quelque chose ne fonctionne pas, on ne s'acharne pas. On essaie de faire autrement ». Les sentiments d'impuissance viennent lorsque l'on persiste dans des voies qui mènent à des impasses. L'expérience nous apprend à reconnaître ces voies. « Mais il faut aussi accepter les limites, se former et s'entourer de gens compétents », conclut-il.

Après la violence : mieux intervenir

Défini par le dictionnaire Le Petit Robert comme un « abus de la force », le mot violence est très utilisé dans le langage courant, sans doute parce qu'il fait partie intégrante des sociétés humaines. La notion de « violence au travail » dans le secteur de la santé renvoie plus particulièrement aux « incidents où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, […] incidents qui mettent en danger sa sécurité, son bien-être ou sa santé » (OIT/CII/OMS/ISP).

Par Annie Gauthier
Ph. D.
Agente de recherche et développement
ARIHQ

Nathalie Lanctôt
Ph. D.
Stagiaire postdoctorale
École de criminologie
Université de Montréal - Centre d'étude sur le trauma, Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Juliette Jarvis
M. Sc.
Coordonnatrice de recherche
Centre d'étude sur le trauma
Institut universitaire en santé mentale de Montréal – coordonnatrice de l'équipe de recherche VISAGE

Les propriétaires et les gestionnaires de ressources intermédiaires peuvent être confrontés à cette sorte d'incidents.

Vignette 1

N. travaille dans une RI où elle est régulièrement en contact avec des résidents qui commettent des actes destructeurs. La répétition de ces actes a peu à peu fait ses ravages. La capacité de tolérance de N. a atteint un seuil critique quand un résident l'a critiquée en utilisant des mots durs, alors qu'elle nettoyait sa chambre. Estomaquée, N. a quitté la ressource et pris trois jours de congé pour se rétablir. Cependant, à son retour, elle fait face à la même réalité.

Vignette 2

F. a été agressée physiquement par un résident qui est rentré dans la cuisine avec un couteau de type Exacto. Elle déplore le manque de protection des employés et réclame que des mesures soient prises, mais la direction refuse et elle n'a pas l'appui de ses collègues. Certains disent qu'elle exagère et d'autres remettent en doute ses aptitudes relationnelles. Elle songe à « remettre son tablier ».

Vignette 3

J. travaille comme préposée auprès de résidents qui se livrent souvent aux menaces et parfois aux coups. Récemment, elle a subi une agression plus directe. Bouleversée et ressentant de la douleur, elle a pris un congé de deux semaines en recourant à la CSST. Son employeur lui laisse entendre que la violence « fait partie de la job » et qu'elle doit s'organiser pour retourner à son poste le plus vite possible. Comme elle se sent responsable de l'agression, elle promet à son employeur d'être « plus forte et plus endurante au stress ». Craignant de perdre son emploi, elle promet aussi de se remettre rapidement sur pieds.

Dans notre système de services, ces situations ne sont pas aussi rares que nous voudrions le croire. De juin à octobre 2012, l'équipe de recherche VISAGE a réalisé, en partenariat avec l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales, un sondage auprès de 602 travailleurs issus de divers milieux du secteur de la santé et des services sociaux afin de les interroger sur les actes de violence dont ils auraient pu être victimes ou témoins au cours des 12 mois précédents. Les résultats ayant trait aux actes de violence graves (p. ex., agressions, menaces de mort ou de blessures, meurtres) sont préoccupants : 27 % des répondants ont indiqué avoir été victimes ou témoins d'un acte de violence grave au travail.

Les résultats du sondage ont également permis de mesurer l'utilisation de stratégies par les travailleurs pour tenter de se rétablir. Plus de la moitié des répondants disent avoir évité les lieux ou les personnes leur rappelant l'événement. Cette stratégie peut rendre la situation plus supportable, cependant elle laisse souvent le problème de fond inchangé et peut même entraîner des conséquences psychologiques à long terme. Seule une minorité (26 %) affirme avoir fait appel à l'employeur ou au mouvement syndical.

On note que plus de 90 % ont déclaré avoir parlé de l'événement avec une personne de leur entourage personnel ou professionnel. Toutefois, cela n'implique pas que les actes de violence aient été signalés

formellement aux autorités compétentes. Selon une étude de Banerjee et coll. (2008), de tels actes ne sont majoritairement pas déclarés dans les établissements de soins de longue durée. Les employés disent qu'ils n'ont pas le temps de « remplir de la paperasse » ; ils ne croient pas que « cela changera les choses » ou encore ils hésitent, craignant un éventuel regard réprobateur qui serait posé sur eux.

La violence en milieu de travail fait l'objet d'un nombre grandissant d'études. Dans cet article, nous examinons ce qui peut être mis en place au sein d'une ressource intermédiaire afin d'aider les personnes touchées à surmonter les effets pénibles d'un incident ou d'un comportement violent survenu en milieu de travail. Nous abordons la planification du retour à l'emploi dans le cas d'un arrêt de travail subséquent à un acte de violence.

Les congés pour se ressourcer ou se rétablir

Guberman (1998) identifie deux types de congé reliés à la violence au travail. Le premier consiste à utiliser les congés fériés, de maladie ou de vacances pour décompresser, prendre du recul ou refaire ses forces.

Le second type de congé consiste à s'absenter du travail à la suite d'une agression, afin de se soigner et de récupérer. Pour se remettre des blessures physiques ou psychiques reliées à un acte de violence au travail, une longue période de réadaptation peut être nécessaire. Plusieurs facteurs interagissent dans la dynamique du rétablissement : les événements antérieurs à l'arrêt de travail, les événements de vie hors travail, la santé générale de la personne et l'environnement psychosocial au travail sont tous susceptibles d'influencer le processus.

Les jours suivant l'événement, l'employeur peut épauler la personne en se souciant de son état de santé et de bien-être. Il peut lui proposer, par exemple, de contacter le Programme d'aide aux employés, s'il y a lieu, ou encore l'aider à remplir les formulaires de déclaration appropriés.

Lorsqu'un arrêt de travail s'impose, comme dans la vignette 3, il semble important d'accorder à l'employé le temps nécessaire pour se rétablir. Le respect du rythme de chacun apparait essentiel afin de se réapproprier un espace et un rythme de travail satisfaisant. Cependant, il faut savoir que plus le congé est long, plus il peut être difficile pour l'employé de retourner au travail et de faire face notamment à l'anxiété qui peut augmenter durant une absence prolongée. Les chances d'un retour dans le milieu de travail initial diminuent alors et peuvent conduire la personne à démissionner de l'emploi pour changer d'orientation.

Planifier le retour

La réinsertion des employés ayant subi un ou des actes de violence exige une bonne planification et l'allocation de ressources adéquates par le milieu de travail. Cette planification doit être effectuée en collaboration avec l'ensemble des personnes concernées. Elle doit comprendre divers éléments tels que des buts réalistes, une date de retour et un horaire de travail, ainsi que des mesures pour surmonter les difficultés potentielles.

Sur le plan organisationnel et clinique, il est essentiel qu'une évaluation des facteurs de risque soit effectuée avant que la personne ne revienne à l'emploi. Des échanges avec les personnes impliquées peuvent aider à éclaircir les faits, apaiser les tensions et mieux comprendre les conditions de surgissement de la violence dans le milieu. Des mesures concrètes doivent avoir été prises pour assurer l'employé de sa sécurité. En effet, s'absenter du travail pour récupérer ne modifie pas à soi seul la situation de violence au retour. Lorsque la personne revient, la violence peut recommencer, comme en témoigne la situation décrite à la vignette 1.

Les interventions postérieures à l'événement visent à diminuer les effets dévastateurs de la violence au travail et à assurer que de tels actes ne se reproduisent pas. Malgré les précautions prises, les personnes en arrêt de travail appréhendent généralement leur retour. Dans ce contexte, un retour progressif peut être proposé pour faciliter la réinsertion. Les tâches ou les horaires de travail peuvent être ajustés, incluant des périodes de repos adéquates, une modification des conditions de travail et une supervision qualifiée et soutenue. En effet, offrir une écoute sensible, confidentielle et qui ne juge pas peut favoriser un retour réussi.

Dans certaines situations comme celle décrite par la vignette 2, des mesures de protection (p. ex., accompagner l'employé, sécuriser les lieux) peuvent s'imposer, attestant du fait que la violence n'est pas banalisée et que la souffrance qu'elle inflige aux individus et aux collectivités est reconnue.

Conclusions

Les conséquences et la souffrance qu'entraîne la violence en milieu de travail justifient largement que l'on prenne au sérieux ses différentes facettes (individuelle, relationnelle et collective).

Ce type d'approche va dans le sens de ce que prônent l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Conseil international des infirmières (CII), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Internationale des Services publics (ISP), pour qui « la violence au travail n'est pas un problème individuel isolé mais un problème structurel et stratégique dont les causes résident dans des facteurs sociaux, économiques, organisationnels et culturels ». Dans cette perspective, il peut s'avérer important de considérer également l'impact de l'organisation des services et des conditions de travail, pour le développement de mesures de prévention et de réinsertion.

Références

BANERJEE A. et coll. (2008). « *Hors de contrôle » : la violence contre le personnel de soutien des établissements de soins de longue durée.* Université de Carleton, Carleton et York University, Toronto.

LANCTÔT, N. (2012). « Le retour au travail à la suite d'un acte de violence grave », *Traumag*, magazine du Centre d'étude sur le trauma de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, nº 3 : p. 5.

GUBERMAN N. (1998). « La banalisation de la violence en milieu de travail », *Options CEQ*, nº 19 : 171-222.

OIT/CII/OMS/ISP (2002). *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*, Bureau international du travail, Genève.

Plus de 1500 intervenants
du réseau de la santé
ont acheté ce livre
depuis son lancement !

Faites comme eux, commandez-le sans tarder.

Vous pouvez consulter la table des matières et lire **gratuitement** le premier chapitre en allant au www.lepointensante.com

Denis A. Roy • Eric Litvak • Fred Paccaud
Des réseaux responsables de leur population
Moderniser la gestion et la gouvernance en santé
LE POINT EN ADMINISTRATION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Prix spécial
50%
de rabais

jusqu'à épuisement des stocks

Ne payez que

29,95 $

Incluant taxes, frais de port et manutention

Commandez en ligne au www.lepointensante.com
ou appelez-nous au 514 277-4544, poste 241
sans frais : 1 888 832-3031, poste 241

ANALYSE

LE REGARD DES USAGERS – L'EXPÉRIENCE DES COMITÉS DE RÉSIDENTS EN CHSLD

Article nº 09.03.06 Mots-clés : comités de résidents, qualité de services, droits, insatisfaction, participation.

ÉRIC GAGNON
Chercheur

HUGUES MATTE
Directeur général

LILIANNE BORDELEAU
Professionnelle de recherche
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale

Les comités de résidents jettent sur les services un regard différent de celui des gestionnaires, intervenants ou chercheurs. C'est ce regard particulier qui leur permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des services et à la défense des droits des usagers. Certaines conditions sont cependant requises pour leur permettre d'exercer pleinement ce rôle.

Les comités de résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont le triple mandat de renseigner les résidents sur leurs droits et leurs obligations, de défendre leurs droits et leurs intérêts collectifs, et de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents (MSSS, 2006). Composés de résidents, de proches parents ou de bénévoles, ils s'acquittent de ce mandat en formulant des demandes, suggérant des changements, émettant des critiques ou faisant connaitre leurs préoccupations touchant les services offerts et la vie dans les centres d'hébergement. Les coordonnateurs de ces centres assistent généralement, en totalité ou en partie, à leurs rencontres pour répondre aux questions, entendre leurs demandes, et assurer le suivi des changements entrepris.

Quel regard particulier ces comités portent-ils sur les services ? Qu'ont-ils à dire et comment l'expriment-ils ? Cet article veut tenter de cerner leur contribution spécifique à l'amélioration de la qualité des services, ainsi que les conditions leur permettant le faire. Notre analyse repose sur les observations faites dans le cadre de deux études portant sur le fonctionnement des comités et sur leur autonomie, l'une conduite à l'échelle provinciale (Gagnon et coll., 2012), l'autre régionale (Bordeleau et Gagnon, 2013). Ces études visaient notamment à évaluer la capacité des comités à faire entendre la voix des résidents et de leurs proches, à jeter un regard différent sur les réalités vécues en centre d'hébergement, et à faire changer des choses.

Les actions des comités de résidents

Nous pouvons distinguer trois grands ensembles de besoins, préoccupations et critiques formulés par les comités de résidents.

Le premier touche des aspects précis de l'offre de services et se traduit en demandes d'ordre matériel : achat d'équipement, aménagement d'un local pour recevoir de la visite, organisation d'activités, modifications apportées au menu, mesures pour atténuer les inconvénients occasionnés par des travaux de réfection, propreté des chambres, nettoyage des fauteuils roulants motorisés, etc.

Le second porte plus spécifiquement sur les comportements de certains employés. Les membres des comités rapportent des comportements jugés inappropriés ou

> Ils n'ont de véritable utilité que s'ils permettent de faire entendre un autre point de vue sur les services, de porter un regard différent sur la vie en hébergement.

inacceptables : attitudes condescendantes, gestes brusques, remarques irrespectueuses. On dénoncera également certaines conduites comme l'utilisation par des employés à leur fin personnelle d'un local réservé aux résidents et à leur famille.

Enfin, le troisième ensemble de demandes et de préoccupations se rapporte à des problèmes plus structurels : roulement et pénurie de personnel, recours au personnel des agences privées qui ne connaissent pas les besoins spécifiques des résidents, lenteur dans la mise en place de programmes annoncés (formation des employés à l'approche relationnelle de soins ou formation d'équipes de soins palliatifs). À la différence des deux autres types de demandes et de critiques, la réponse passe ici par des changements d'ordre organisationnel comme les horaires de travail ou l'affectation des ressources.

Les membres des comités de résidents se voient comme les « chiens de garde » des droits des résidents ou encore, comme « les yeux et les oreilles » de la direction, l'informant de ce qui se passe au quotidien sur les étages et dans les unités. Ils exercent ainsi un rôle de surveillance. Pour ces personnes n'ayant plus beaucoup d'autonomie, il s'agit d'une façon de retrouver un certain contrôle sur leur vie, et pour les proches parents des résidents, d'assumer leur responsabilité première, c'est-à-dire voir à la sécurité de leur proche.

Mais leurs actions vont bien au-delà de la surveillance. Ils contribuent à changer le regard porté sur la vie en centre d'hébergement. En dénonçant des comportements inadéquats — condescendance, rudesse, impolitesse —, ils mettent en évidence ce qui heurte les résidents, sans d'ailleurs que les employés s'en rendent toujours compte (p. ex., habiller une personne sans lui adresser la parole ou sans la consulter sur le choix de ses vêtements). En demandant des modifications au menu, aux activités ou heures de coucher, non seulement exercent-ils le peu d'autonomie qui leur reste, mais ils cherchent aussi diverses façons de personnaliser les soins. En pressant la direction d'apporter les changements annoncés et qui tardent parfois à venir, ils attirent l'attention sur ce qu'ils estiment le plus urgent et exercent une influence sur le choix des priorités. En réclamant des mesures supplémentaires pour atténuer les inconvénients occasionnés par des travaux ou par le manque de personnel, ils indiquent ce qui est source d'inconfort ou d'insécurité pour les résidents. En proposant des changements dans la manière dont les repas sont servis ou les soins prodigués, ils attirent l'attention sur une foule de petits gestes qui contribuent au confort et à la dignité des personnes.

Une connaissance sensible de la vie en hébergement

De différentes façons, les comités de résidents attirent l'attention sur des dimensions méconnues ou négligées des services ou de la vie en hébergement. Ils font entendre les malaises et inquiétudes que les résidents n'osent pas formuler. Ils nous aident à comprendre pourquoi certains aspects des services, en apparence banals ou insignifiants, ont tant d'importance pour les résidents ou leurs proches.

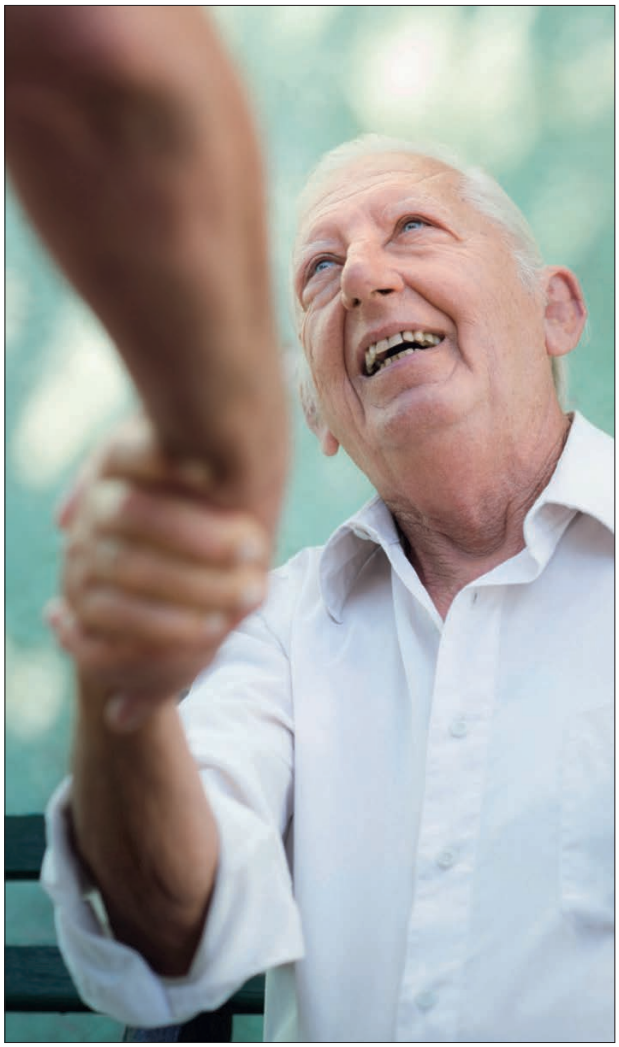
Ce regard porté par les comités de résidents repose sur l'expérience personnelle de leurs membres : ce que les résidents vivent au quotidien, ce que les proches parents ou les bénévoles observent lors de leur visites, les confidences qu'ils reçoivent, les échanges qu'ils ont entre eux. C'est un regard très subjectif, très sensible même : certaines personnes sont parfois à fleur de peau, les interventions sont souvent chargées d'émotion. C'est un regard également très empreint de valeur et de jugement moraux : il est beaucoup question de dignité, de vie privée, de respect, d'autonomie. C'est un regard attentif à tout ce qui peut heurter ou blesser les personnes, accroitre leur inconfort ou diminuer leur insécurité, créer un malaise ou apaiser leurs craintes. Il pourra souvent sembler manquer d'objectivité ou de nuance, et ne prendre en considération qu'un aspect des problèmes, mais il n'est pas moins essentiel pour comprendre ce que vivent les résidents.

Conditions pour permettre aux comités d'exercer leur rôle

Plusieurs conditions sont requises pour permettre aux comités d'exercer leur rôle de défense des droits et de contribuer à l'amélioration de la qualité des services.

L'indépendance des comités

La première condition est l'indépendance des comités. Les directions des établissements et des centres d'hébergement ne



> Leurs actions vont bien au-delà de la surveillance. Ils contribuent à changer le regard porté sur la vie en centre d'hébergement.

doivent pas s'ingérer dans le fonctionnement des comités, le déroulement et l'animation des rencontres, le choix de leurs membres et de leurs officiers. Les comités doivent pouvoir déterminer par eux-mêmes leurs objets de discussions et leurs priorités. Cette autonomie est nécessaire si l'on veut prendre connaissance d'un point de vue différent sur les services et la vie dans les centres d'hébergement. L'indépendance n'exclue pas la présence de gestionnaires aux rencontres des comités pour entendre les demandes, répondre aux questions, donner des informations ; elle n'exclut pas qu'ils fassent des suggestions sur les sujets à aborder, ni qu'ils soient informés d'avance des problèmes sur lesquels ils seront interrogés afin de se préparer.

L'important est que la voix des usagers puisse se faire entendre librement, que toutes les questions puissent être posées et toutes les préoccupations exprimées, que les réalités ou problèmes dont on ne discute jamais puissent être abordés.

La confiance du comité envers la direction

La seconde condition est la confiance du comité envers la direction. Les membres des comités de résidents ne doivent pas craindre les représailles. Ils ne s'exprimeront pas librement s'ils ont peur de recevoir de moins bons services parce qu'ils ont dénoncé un comportement ou la manière dont les employés (intervenant ou gestionnaire) s'acquittent de leur travail. Qu'elle soit ou non fondée, la peur des représailles conduit les résidents et leurs proches à se taire, provoque de la méfiance, crée des tensions. Les directions doivent se faire rassurantes, ne tolérer aucune représaille, garantir l'anonymat des personnes qui dénoncent une situation ou un comportement.

Avoir confiance, c'est aussi avoir le sentiment que la direction du centre ou de l'établissement donne l'heure juste. Les comités ont besoin qu'on leur explique les contraintes auxquelles les directions font face (p. ex., pénurie de personnel) — les raisons de changements apportés (p. ex., nouvelle organisation du travail) ou du retard dans ceux annoncés — les priorités pour les années à venir — les mesures prises pour améliorer les services ou prévenir des problèmes — et ainsi de suite. Ils ont besoin d'une information complète et compréhensible, sans jargon, termes trop techniques ou acronymes inconnus. Les comités peuvent alors poser des questions plus pertinentes et exercer un suivi plus judicieux. Ils ont ainsi une meilleure compréhension de l'ensemble d'un problème. Fondées sur la confiance, les relations avec la direction sont davantage des relations de collaboration visant la recherche de solutions que des relations de méfiance axées sur la dénonciation.

Le sérieux et l'attention accordés par le personnel de direction

La troisième condition est le sérieux et l'attention accordés par le personnel de direction à ce qui se dit dans les comités de résidents, même si c'est parfois exprimé de façon maladroite. Leurs membres ont souvent beaucoup de choses à dire sur toutes sortes de sujets et se lancent quelquefois dans une série de critiques ou de demandes, d'importance inégale, un peu pêle-mêle, le tout exprimé rapidement. Ça peut aller de la chaleur des repas à des situations de négligence, en passant par la couleur de la peinture des murs et les heures du coucher. Leurs interventions sont souvent très émotives, parfois un peu embrouillées ou attisées par la passion. Tout le monde n'est pas familier avec le fonctionnement d'un comité. Certaines personnes sont intimidées par la présence de gestionnaires, toutes sont affectées par les questions soulevées, qui touchent leur dignité, leur sécurité, leur bien-être, leur intimité ou celle de leur proche. Certaines ont de la difficulté à prendre la parole. La gêne de parler en public, la peur d'être mal jugé par les autres en formulant un avis différent ou encore les difficultés d'élocution en raison de la maladie, entravent, limitent ou compliquent leurs interventions. Elles n'ont pas toujours les mots pour exprimer ce qu'elles cherchent à dire, ni les moyens pour formuler une critique informée et argumentée, même si le travail en comité a pour but de faciliter l'expression des individus et l'analyse des situations.

Dépasser son propre point de vue

Il peut certes être frustrant pour les gestionnaires d'entendre toujours les mêmes demandes, de recevoir de nombreuses critiques et très peu d'appréciations positives. Cela peut les agacer d'écouter des histoires personnelles, alors que les comités sont censés traiter des problèmes généraux et des droits collectifs. Il est néanmoins important qu'ils écoutent ce que les membres des comités de résidents ont à dire, y compris les propos maladroits et les critiques à première vue excessives, injustes, mal informées ou même hors d'ordre. L'écoute leur permet d'observer et d'entendre les malaises et insécurités vécus par des résidents ou leurs proches — de mieux connaitre leurs besoins et attentes — de comprendre pourquoi certaines pratiques, cliniquement adéquates ou fonctionnellement efficaces, provoquent des inconforts — de saisir en quoi des questions en apparence anodines ont tant d'importance pour eux. D'un autre côté, les membres des comités ont aussi des critiques argumentées, des analyses pertinentes et des suggestions intéressantes à faire valoir.

Par ailleurs, les obligations n'appartiennent pas uniquement aux gestionnaires et directions d'établissement. Pour se faire entendre, être respectés et pris au sérieux, les comités doivent eux aussi s'efforcer de comprendre les explications et les informations reçues, afin d'élargir leur propre point de vue, dépasser les anecdotes pour considérer la situation de l'ensemble des résidents ou examiner toutes les dimensions d'un problème. Cet effort est nécessaire pour faire évoluer les points de vue et prendre en compte la situation de l'ensemble des résidents (Forest et coll., 2003). La compétence des membres des comités repose non seulement sur leur connaissance du milieu, mais également sur cette capacité d'élargir leur vision des choses (Habermas, 1997 ; Ricoeur, 2001).

Dans leur relation avec la direction, les comités doivent parvenir à une sorte d'équilibre entre le respect du personnel des établissements et l'expression des insatisfactions, entre la recherche de solutions et la formulation de critique. Cette relation doit en être une de collaboration sans complaisance. Il leur faut prendre le temps d'écouter et de comprendre les explications, sans se priver de poser des questions et d'assurer un suivi quant aux changements apportés. Cela requiert une certaine attitude de la part des membres, mais aussi une certaine organisation : — une animation des rencontres qui favorise l'expression et le respect de tous les points de vue — un suivi étroit de leurs demandes ainsi que des changements annoncés et des mesures prises par la direction pour corriger un problème — une planification des rencontres et des sujets prioritaires à traiter dans l'année. Cela exige de passer du registre affectif à un registre plus argumentatif, tout en étant conscient de la difficulté que cela représente pour certains membres.

Conclusion

Les comités de résidents font partie des nombreux mécanismes de participation des usagers mis sur pied depuis une quarantaine d'années dans les établissements publics au Québec (Godbout, 1991; Forest, 2003). Ils n'ont de véritable utilité que s'ils permettent de faire entendre un autre point de vue sur les services, de porter un regard différent sur la vie en hébergement. Ils y parviennent en parlant pour ceux qui ne peuvent s'exprimer ou craignent de le faire — en mettant en lumière des dimensions inaperçues des problèmes ou des services ayant des répercussions sur les résidents — en démontrant comment certains comportements, en apparence anodins, ont des répercussions sur les individus — en faisant entendre les inquiétudes, les besoins, les malaises des résidents — en nommant tous gestes qui contribuent à accroitre le sentiment de sécurité et à assurer une plus grande dignité des personnes.

Ils ramènent ainsi au centre des préoccupations le bien-être et la sécurité des résidents, que les questions organisationnelles et financières peuvent parfois faire perdre de vue. Dans un contexte où la proportion de personnes hébergées souffrant de troubles cognitifs et n'étant pas en mesure d'exprimer clairement leurs besoins va en augmentant, les comités sont appelés à exercer un rôle essentiel, en permettant aux directions d'établissement d'ajuster et d'améliorer l'offre de service.

On observe encore parfois de la méfiance entre les membres des comités et la direction des centres d'hébergement, les premiers craignant de ne pas être pris au sérieux, les seconds d'être soumis à la critique. Cette méfiance n'est cependant pas insurmontable. Nous avons indiqué quelques conditions pour que le point de vue des résidents et de leurs proches puisse s'exprimer et être entendu. Il est de l'intérêt des gestionnaires, comme des comités, d'entendre et de prendre en compte le point de vue de l'autre. ●

Références bibliographiques

BORDELEAU, Lilianne et Éric GAGNON (2013). *Une évaluation des comités de résidents du CSSS de la Vieille-Capitale,* Québec, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

FOREST, Pierre-Gerlier, Julia ABELSON, François-Pierre GAUVIN, Élisabeth MARTIN et John EYLES (2003). « Participation et publics dans le système de santé au Québec », dans Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (dir.), *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux,* Québec, Presses de l'Université Laval.

GAGNON, Éric, Michèle CLÉMENT, Marie-Hélène DESHAIES et Émilie RAIZENNE (2012). *Les comités de résidents en centre d'hébergement au Québec. Mandat, fonctions et autonomie,* Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

GODBOUT, Jacques T. (1991). *La participation politique. Leçons des dernières décennies.*

HABERMAS, Jürgen (1997). *Droit et démocratie. Entre faits et normes,* Paris, Gallimard.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres des comités des usagers et des comités de résidents,* Québec, Gouvernement du Québec.

RICOEUR, Paul (2001). *Le juste 2*, Paris, Éditions Esprit.

ERRATUM

Une erreur s'est glissé dans le cahier spécial *Programme d'amélioration des conditions d'exercice du travail des cadres* qui accompagne cette édition de la revue ; veuillez nous en excuser.

Dans le Répertoire des projets, à la page 36, le projet du Centre jeunesse de Lanaudière (G38) a été omis de la Liste des projets par thèmes. Il aurait dû apparaitre sous deux thèmes, soit Réduction de la charge de travail et Profil de rôles et de responsabilités Ce projet portait sur un modèle de gestion et la mise à jour d'un profil de rôles, responsabilités et compétences des cadres hiérarchiques et/ou cadres-conseils.
Pour vous approprier les outils relatifs au projet, vous pouvez communiquer avec la personne-ressource, Pascal Tanguay, au 450 759-5333, poste 2605.

Toutes nos excuses à M. Tanguay pour cette omission.

ALLER PLUS LOIN GRÂCE À L'APPROCHE PATIENT-PARTENAIRE : UNE EXPÉRIENCE EN RÉADAPTATION

Article nº 09.03.07 Mots-clés : patient-partenaire, lésion médullaire, réadaptation,rapprochement, continuum.

NICOLINA GESUALDI
Directrice des programmes clientèles
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

NATHALIE CHARBONNEAU
Directrice des programmes-clientèle
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

KATERI LECLAIR
Conseillère à la direcion générale
Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

L'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal (IRGLM) et le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB) ont joint leurs efforts pour améliorer les services qu'ils offrent en continuité à la clientèle lésée médullaire[1] de l'ouest du Québec.

Dès le début de leurs travaux et en collaboration avec le Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, ils ont intégré des patients à toutes les étapes de leur réflexion. Force est de constater que les cibles d'amélioration visées touchent directement l'expérience du patient et s'éloignent parfois de ce que les administrateurs et les cliniciens pensaient à l'origine.

L'approche patient-partenaire

L'approche patient-partenaire vise avant tout la coopération entre le patient, ses proches et les intervenants dans le cadre de la réalisation de son projet de vie particulier. De ce fait, le patient est membre à part entière de son équipe de soins et reconnu comme tel en tant que partenaire actif. Ses savoirs expérientiels sont considérés dans les prises de décision, de même que ses compétences de soins. Il est respecté dans son humanité et dans son entièreté. Au cours de son cheminement clinique, il est appelé à faire des choix de santé libres et éclairés. Dans un rôle élargi, il peut collaborer aux prises de décisions organisationnelles qui ont pour but de rendre l'expérience de soin plus pertinente et profitable à une clientèle donnée. Telle a été l'expertise recherchée par l'IRGLM et le CRLB, qui ont ciblé, pour participer à la démarche, la clientèle lésée médullaire ayant récemment poursuivi sa réadaptation en continuité dans les deux centres.

La réadaptation de la clientèle ayant une blessure médullaire

Au Québec, après une blessure médullaire, les patients sont dirigés vers l'un ou l'autre des deux centres d'expertise désignés pour assurer leur réadaptation et leur réinsertion sociale. L'IRGLM et le CRLB constituent, avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le Centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec (CEBMOQ). Une centaine d'usagers par année suivent le cheminement clinique les amenant à passer d'un établissement à l'autre avant de retourner à domicile. La cohérence des interventions, les moments charnières de la réadaptation, les projets de vie de chacun sont autant d'éléments amenant des réflexions cliniques régulières. Or, dans le cadre de l'approche patient-partenaire, le processus a pris une forme différente. D'abord, un projet de rapprochement pouvant mener à une fusion entre l'IRGLM et le CRLB a vu le jour, entrainant dans la foulée des projets cliniques spécifiques. Ensuite, la volonté des conseils d'administration de dégager des avantages cliniques de ce rapprochement a mené à la consultation du Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire de la faculté de médecine de l'Université de Montréal pour planifier et réaliser cette réflexion avec des patients partenaires de cette aventure. Finalement, le choix de la clientèle lésée médullaire s'est imposé de lui-même puisqu'un partenariat est déjà établi depuis plusieurs années entre les deux centres.

1. Une lésion médullaire implique une lésion partielle ou complète de la moelle épinière pouvant entrainer des séquelles sensitives ou motrices importantes sous la région touchée.

La démarche de rapprochement CRLB-IRGLM pour la clientèle blessée médullaire

La démarche privilégiée par les deux établissements est de nature participative à tous les niveaux. La structure mise de l'avant intègre la gestion administrative et clinique ainsi que l'implication des patients et de leurs proches. Elle se compose de trois comités, soutenus par le Bureau :

- Comité stratégique – présidents des conseils d'administration et directeurs généraux ;
- Comité tactique – directeurs généraux, directrices cliniques, trois représentants de patients et deux cliniciens ;
- Comité opérationnel – directrices cliniques, chefs de programmes et coordonnateurs.

La présence des représentants de patients au comité tactique a été primordiale pour bien cibler les améliorations à apporter au continuum de services entre les deux établissements. Choisis par les gestionnaires cliniques et leurs équipes pour leur représentativité, ces patients posent un regard global et critique sur le cheminement en réadaptation. Leur intégration dans le comité tactique a procuré une forme de garantie de l'adéquation entre les services cliniques et les besoins des personnes et de leur famille.

Afin de valider et de bonifier les informations récoltées préalablement, deux groupes de discussion ont été créés : le premier était composé de représentants des différents professionnels des deux établissements ; le deuxième, d'une cohorte de patients et de leurs proches. L'animation était assurée par les experts du Bureau. Les résultats des discussions ont été présentés à l'ensemble des cliniciens des deux établissements lors d'une journée d'échange clinique. La présence des directeurs généraux lors de cette journée a été extrêmement importante pour le travail en atelier et a sonné comme le coup d'envoi de la collaboration entre les deux équipes.

Les objectifs formulés lors de cette journée d'échange clinique reflètent les constats des groupes de discussion : l'accès aux services — la qualité et la continuité des services — le processus optimal pour mieux répondre aux besoins de la clientèle — et finalement, la façon de poser un regard nouveau sur une collaboration plus étroite, voire même l'intégration des deux programmes dans la perspective d'une fusion éventuelle.

Cette journée d'appropriation de la démarche et des objectifs a été extrêmement riche sur plusieurs plans. Les professionnels ont pu échanger en équipe interdisciplinaire sur leur réalité quotidienne. La présentation des différents services offerts dans les deux établissements leur a aussi permis de mieux se comprendre. En outre, les ateliers disciplinaires, destinés à clarifier les interventions et les évaluations pour éviter les dédoublements et assurer un meilleur arrimage des pratiques, ont suscités un grand intérêt de la part de tous. Finalement, les trois représentants des patients présents dans les groupes tout au long de la journée ont sans aucun doute enrichi les discussions de leur propre réalité.

Les leçons de la démarche

L'implication des patients partenaires dans cette démarche s'est avérée aidante et enrichissante.

Comme dans tout projet conjoint de remise en question des pratiques, le succès d'une telle démarche repose sur de nombreux facteurs. Notons, entre autres :

- L'élaboration d'une vision commune du projet et des retombées attendues ;
- L'existence d'un lien de confiance entre les établissements ;
- La bonne entente entre les équipes de la haute direction des établissements ;
- Un échéancier réaliste ;
- L'utilisation d'une approche participative incluant tant le personnel, les patients que leurs familles.

Décider d'utiliser l'approche patient-partenaire n'est toutefois pas magique. Pour assurer des retombées positives, certains principes ont dû être respectés. Ainsi, le choix des patients partenaires eux-mêmes et la possibilité pour ces derniers de bénéficier du soutien du Bureau ont été deux facteurs de succès importants. À titre d'exemple, une des qualités recherchées chez les patients retenus dans le cadre de ces travaux était la capacité de ces derniers à généraliser leurs expériences et celles des autres patients côtoyés.

L'implication du patient dans les soins et services qu'il reçoit n'est pas une nouveauté en réadaptation. Depuis plusieurs années, le patient exerce un rôle actif au sein de l'équipe, entre autres par son implication dans son plan d'intervention. Toutefois, l'intégration de patients dans des décisions clinico-administratives a permis d'aller encore plus loin : elle a notamment mis en lumière le manque d'efficacité découlant d'un dédoublement d'évaluations dans les deux milieux de réadaptation ; elle a aussi donné l'occasion aux équipes de ne pas se limiter aux activités se déroulant au sein de leur établissement, mais plutôt d'élargir leur réflexion aux expériences vécues par le patient.

Conclusion

Cette démarche de rapprochement entre deux établissements avec des patients partenaires nous a convaincus de la valeur ajoutée pour le réseau de la santé et des services sociaux d'impliquer des patients dans les prises de décisions cliniques et clinico-administratives. L'expérience positive, combinée au fait que les étudiants de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal sont sensibilisés à la notion de patient-partenaire, nous permet de croire qu'il y aura de plus en plus de projets incluant des patients partenaires au cours des prochaines années, et ce, à l'avantage du réseau et de la clientèle. D'ores et déjà, l'IRGLM et le CRLB s'affairent pour définir deux nouveaux projets cliniques de rapprochement, l'un pour la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral, l'autre pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral et leurs familles. L'approche patient-partenaire représente, à notre avis, un modèle d'avenir pour le réseau de la santé et des services sociaux, puisqu'il mise sur la participation et la responsabilisation de tous les acteurs concernés. ●

Références bibliographiques

JEAN-BAPTISTE, A. (2011). *Recension des initiatives patient partenaire*, Rapport de projet supervisé, HEC Montréal, 63 pages.

NÉRON, A. (2012). *Approches en partenariat de soins.* Présentation PowerPoint, Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire, Faculté de médecine, Université de Montréal.

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ACCESSIBLE ET INCLUSIF

Article n° 09.03.12 Mots-clés : accessibilité, handicap, inclusion, participation, partenariat.

PIERRE-YVES LÉVESQUE
Directeur général

MATHIEU FRAPPIER
Agent de promotion

En collaboration avec les membres d'Ex aequo

Ex aequo est un organisme sans but lucratif montréalais se consacrant, depuis 1980, à la promotion et à la défense des droits des personnes ayant une déficience motrice. Ex aequo favorise la participation citoyenne de ses membres et la concertation avec différents organismes. Notre organisme s'implique dans de nombreuses instances décisionnelles afin d'y promouvoir le changement.

Principalement, Ex aequo promeut l'inclusion sociale. Et nous souhaitons, par cet article, sensibiliser et mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé et des services sociaux à la réalisation de cette inclusion grâce à la mise en place de l'accessibilité universelle.

Les progrès historiques en matière d'inclusion sociale au Québec

Au cours des quarante dernières années, le Québec s'est transformé en ce qui a trait à l'accessibilité et aux enjeux concernant les personnes en situation de handicap. Il y a à peine quelques décennies, ces dernières étaient littéralement exclues de la vie en société, dépendaient de la charité et devaient se débrouiller avec les « moyens du bord » afin de vaquer à leurs activités. Le vent de changement et d'émancipation qui déferla sur le Québec au cours des années 1960-70 porta son influence largement et c'est ainsi que les premiers gains vers l'égalité furent concrétisés. On pense aux premiers autobus adaptés, aux premières rampes d'accès aux bâtiments, à l'accès aux réseaux scolaires dits réguliers et bien plus. Au cours des années 1980, le mouvement des personnes handicapées travaillait à l'obtention de nouvelles adaptations et d'une plus grande participation scolaire, sociale, professionnelle et économique.

Après être passés d'une ère d'exclusion à une d'adaptation, nous sommes tous et toutes invités à cheminer vers l'inclusion sociale pour une véritable participation citoyenne. Aujourd'hui, l'accessibilité universelle et l'inclusion sociale apparaissent définitivement comme un modèle prometteur, voire une nécessité pour de larges pans de la population. En effet, les personnes en situation de handicap sont des révélateurs des besoins ressentis par l'ensemble de la population. Par exemple, lorsque nous rendons un environnement universellement accessible, cela permet non seulement aux personnes ayant une déficience motrice de l'utiliser comme tous les citoyens, mais cela procure également un avantage à l'ensemble des personnes ; pensons aux gens âgés en perte de mobilité ou aux parents avec des enfants en poussette et bien plus. Rappelons également que l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* de l'Institut de la statistique du Québec révèle que 33,3 % de la population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel présente des incapacités.

L'inclusion par l'accessibilité universelle

Qu'est-ce que l'accessibilité universelle ? « L'accessibilité universelle est le caractère d'un produit, procédé, service, information ou environnement qui, dans un but d'équité et dans une approche inclusive, permet à toute personne de réaliser des activités de façon autonome et d'obtenir des résultats équivalents. »[1]

Le concept d'accessibilité universelle est avant tout un concept d'aménagement qui favorise, pour tous les usagers, une utilisation similaire des possibilités offertes par un bâtiment ou un lieu public. En pratique, l'accessibilité universelle permet d'accéder à un bâtiment ou à un lieu public, de s'y orienter, de s'y déplacer, d'en utiliser les services offerts à tous et de pouvoir y vivre les mêmes expériences que tous les usagers, et ce, en même temps et de la même manière.

On réalise l'accessibilité universelle en aménageant des bâtiments, des lieux publics et des infrastructures urbaines qui répondent aux besoins de toute la population, y compris les personnes ayant des limitations fonctionnelles. Par exemple, pour un bâtiment, une entrée en pente douce servira à l'ensemble des utilisateurs plutôt que les uns y accèdent par une rampe d'accès et les autres, par un escalier. Aussi, les trottoirs seront aménagés de telle façon que les bancs, les poubelles et les parcomètres ne constituent pas d'obstacles pour personne. Il est également possible d'étendre la notion d'accessibilité universelle afin d'en appliquer le principe à d'autres domaines d'activité que l'aménagement. Appliqué aux programmes et aux services, le principe de l'accessibilité universelle prend la signification suivante : ils sont conçus, implantés et diffusés pour tenir compte des besoins de toutes les clientèles visées. Et ce, tant en ce qui concerne les critères d'accès aux programmes que les paramètres de prestation des services à la population. Appliquée aux domaines de la communication et de l'information, l'accessibilité universelle signifie que les plans et les moyens de communication et d'information sont conçus, s'adressent et tiennent compte des besoins de toutes les clientèles.

Exclusion, adaptation et inclusion

Pour nous, les définitions les plus complètes d'exclusion, d'adaptation et d'inclusion sont celles développées par nos collègues du Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH) qui indiquent :

« L'exclusion est l'action de chasser quelqu'un d'un endroit où il avait sa place. Négative et discriminatoire, elle est insérée dans un processus de déstabilisation où la vulnérabilité des personnes qui en sont l'objet est exacerbée par des facteurs externes tels que la perception que l'on se fait d'elles, l'intolérance à la différence ou la dégradation des relations et des protections qui y sont attachées. De facto, elle prive des groupes entiers de personnes de plusieurs de leurs droits fondamentaux, limite la réponse à leurs besoins et restreint leur participation à un certain nombre de biens sociaux.

À son opposé, nous en déduisons que l'inclusion est l'action d'insérer conjointement tous les éléments connus d'un ensemble donné. Positive et égalitaire, elle comprend un processus d'identification pertinente de toutes les constituantes génitrices de cet ensemble, de validation de leur représentativité respective, d'attribution de pouvoirs égalitaires pour chacune d'entre elles et d'engagement mutuel quant à l'imputabilité de chacun.

L'inclusion prévient que la conjoncture puisse invalider qui que ce soit. Ainsi, il n'y a plus à agir politiquement de façon fragmentée pour répondre à certains besoins de catégories spécifiques. L'objectif de l'inclusion n'est pas d'intégrer à la société des éléments différents de la très grande majorité mais de façonner cette société pour répondre uniformément et harmonieusement aux besoins de la totalité.

En ce sens, le concept d'inclusion est de valeur supérieure à celui d'intégration puisque le geste d'inclure se fait a priori au sein du groupe alors que celui d'intégrer se fait a posteriori. Totale ou partielle, définitive ou provisoire, l'inclusion serait ainsi la forme la plus évoluée de démocratie participative et de mécanique conceptuelle, décisionnelle et opérationnelle. »[2]

Quelques exemples d'exclusion

Les personnes en situation de handicap dénotent encore de trop nombreuses situations d'exclusion ou de marginalisation dans le système de santé et de services sociaux. Par exemple, plusieurs établissements sont difficilement accessibles, voire pas du tout pour les personnes utilisant des aides à la mobilité. Diverses installations présentent des lacunes importantes concernant le respect de l'intimité des personnes et la confidentialité des échanges avec les professionnels. En effet, certaines salles de consultations sont tellement exigües qu'il est impossible de refermer la porte une fois la personne et son aide à la mobilité à l'intérieur. La communication et l'organisation des services sont également souvent problématiques pour différents usagers.

1. Cette définition de l'accessibilité universelle a été développée en 2011 par le Groupe DÉFI Accessibilité (GDA) dans le *Rapport de recherche pour les milieux associatifs de Montréal, Accessibilité universelle et designs contributifs* (version 5.3), par les chercheurs LANGEVIN, ROCQUE, CHALGHOUMI et GHORAYEB de l'Université de Montréal.
2. http://www.ripph.qc.ca/revue/revue-integration-participation-sociale-inclusion/l-inclusion-sociale-personnes-ayant-incapaci

Habitation pignon sur roues

Ainsi, il est encore trop fréquent qu'une personne nécessitant un lève-personne, qui spécifie ses besoins lors de la prise de rendez-vous, se voit avisée une fois sur place qu'aucun membre du personnel n'est en mesure d'utiliser l'appareil.

Le savoir-être et la formation avec les différents types de situation de handicap restent à améliorer. Régulièrement les personnes à mobilité réduite constatent que l'on s'adresse à elles comme à des enfants ou encore, qu'on les ignore en préférant s'adresser directement à leur accompagnateur. Certaines de ces situations nécessitent des correctifs qui dépendent de modifications importantes à l'environnement bâti. Nous sommes bien conscients que ces transformations ne seront pas complétées du jour au lendemain. Il importe cependant d'oser innover et de s'appuyer sur l'expertise développée par les personnes en situation de handicap. En ce qui a trait aux comportements et attitudes, il est nécessaire de se remettre en question et d'agir dès maintenant.

Exemples de pratiques allant dans le sens de l'inclusion sociale : des améliorations envisagées pour l'avenir!

Au chapitre des réalisations, mentionnons Habitation pignon sur roues (HPSR) qui offre des services de soutien à domicile en milieu non institutionnel, à savoir parmi des gens issus de la population générale. Les personnes résidant à HPSR sont locataires de leur appartement au même titre que l'ensemble des autres locataires au Québec. Pour que chacun d'entre eux reçoive les services dont il a besoin afin de vivre de façon autonome, ils mettent en commun leurs heures de services à domicile ; ainsi, ces services se trouvent disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Notons que HPSR est le fruit d'un solide partenariat entre différents acteurs dont Ex aequo, la Société Logique, le groupe de ressources techniques en habitation Bâtir son quartier, le CSSS Lucille-Teasdale, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et les Habitations communautaires Loggia.

De nombreux partenariats novateurs doivent être mis en œuvre. Mentionnons notamment le projet proposé par Ex aequo concernant le soutien à domicile. Sommairement, ce projet consiste à accroitre le nombre d'heures de services et à mieux faire correspondre la répartition horaire de ces services aux besoins réels des bénéficiaires. Par exemple, on ne peut donner un bain à une personne à 15 heures alors celle-ci à des activités scolaires, professionnelles ou sociales.

Enfin, certains de nos membres ont émis l'idée de mettre à la disposition des différentes institutions de santé et de services sociaux des consultants provenant des milieux associatifs des personnes handicapées et vivant eux-mêmes des situations de handicap. Ceci permettrait aux dirigeants de ces établissements d'avoir une connaissance des besoins des bénéficiaires à partir d'une perspective plus intérieure. Il reste à déterminer les modalités d'une telle collaboration.

Conclusion

Pour nous, promouvoir et revendiquer d'avantage d'accessibilité universelle et d'inclusion sociale signifie contribuer par notre expérience, savoir-faire, savoir-être et créativité, à développer en partenariat avec différents groupes et instances, des concepts novateurs et avant-gardistes. Ainsi, nous nous percevons comme des partenaires incontournables du système de santé et de services sociaux dans son cheminement vers l'inclusion de tous et toutes. Bien sûr, nous comprenons que l'accessibilité universelle et l'inclusion sociale ne se réaliseront pas d'un simple coup de baguette magique. C'est pourquoi nous croyons fermement à la mise sur pied de mécanismes de concertation permanents entre les différentes instances du réseau, le milieu associatif et les usagers de services. C'est par l'amélioration continue de nos pratiques, de nos communications et de nos installations que nous atteindrons une véritable égalité.

Le virage annoncé par le gouvernement actuel en matière de soins et de services à domicile représente une opportunité à saisir afin de développer de nouveaux partenariats, concevoir de toutes nouvelles pratiques, bref, de positionner le Québec comme chef de file en matière d'accessibilité et de participation citoyenne. ●

LINE MOISAN
Directrice générale
CSSS des Basques

L'EXPÉRIENCE CLIENT AU CSSS DES BASQUES

Article nº 09.03.13 Mots-clés : amélioration continue, planification stratégique, responsabilité populationnelle, complémentarité, transformation.

Cet article a pour but de vous présenter le portrait de l'expérience client mise en œuvre au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Basques, dans le cadre du processus d'amélioration continue de la qualité dans lequel nous sommes engagés depuis la mise en place de la planification stratégique 2010-2015. Notre texte tentera de mettre en évidence le travail de collaboration qui s'est installé entre la direction, les gestionnaires, les médecins et le comité des usagers depuis quelques années.

C'est à partir du modèle qui définit les quatre dimensions de la qualité, soit la qualité voulue, attendue, perçue et rendue, que l'ensemble du personnel, médecins, gestionnaires, membres du conseil d'administration et le comité des usagers se sont approprié le concept qualité qui était à l'époque, avouons-le, un peu flou. Ces quatre dimensions de la qualité permettent de constater que tous les artisans de l'organisation trouvent un sens dans le projet organisationnel et que le comité des usagers représente la voix de l'usager et du résident.

Outre la présence de représentants du comité des usagers au comité de gestion des risques, au comité de vigilance et de la qualité et au sein du conseil d'administration, leur participation va bien au-delà de l'appropriation de l'information provenant des communications internes publiées au CSSS des Basques. La collaboration qui s'installe graduellement permet aux usagers de participer à titre de véritables partenaires dans les décisions qui les concernent. Depuis 2009, nous les invitons à s'intégrer aux groupes d'amélioration continue ayant pour but la réingénierie du travail dans le cadre de nos activités d'optimisation (par exemple, un Kaizen à l'urgence et une analyse des modes de défaillance et leur criticité (AMDEC) sur le circuit du médicament). Les groupes d'amélioration continue de la qualité (ou Kaizen) consistent en des ateliers regroupant les membres du personnel, médecins, gestionnaires et usagers. Ils travaillent conjointement au développement, à la mise en application et à l'évaluation des idées visant à améliorer les processus. L'objectif vise à éliminer les pertes et les activités à non-valeur ajoutée, dans l'intérêt des usagers, des médecins et du personnel. L'usager participe ainsi à la transformation du CSSS des Basques.

Une image de marque : *Agir ensemble en santé !*

La participation dynamique des citoyens et des usagers du territoire des Basques réfère à la vision que nous avons de notre responsabilité populationnelle. *Agir ensemble en santé !* vient induire explicitement dans le discours et dans l'action le fait de faire participer la personne à toutes les étapes décisionnelles concernant sa santé et permet également de la responsabiliser quant à la prise en charge de son propre état de santé. Le verbe agir renvoie l'image que l'usager ne peut plus être considéré comme un acteur passif et en attente, mais bien comme partie prenante des décisions le concernant.

Centre de santé et de services sociaux des Basques

AGIR ENSEMBLE EN SANTÉ!

Une collaboration bien située

L'amélioration continue de la qualité des soins et des services est une préoccupation constante pour le CSSS des Basques et le comité des usagers.

Dans le but d'accroitre et de bien camper notre cadre de collaboration et de complémentarité, nous avons adopté, le 17 avril 2013, une procédure élaborée conjointement et qui propose trois modes d'évaluation de la satisfaction, tant chez les usagers que chez les résidents et les proches :

- l'évaluation continue pour l'ensemble des services, effectuée à l'aide d'un questionnaire général s'appliquant à tous les services et administré annuellement par le comité des usagers, sauf l'année de l'agrément où l'évaluation est réalisée par l'établissement ;
- l'évaluation ponctuelle pour des services spécifiques, au moyen d'un questionnaire spécifique ou d'un audit interne ;
- l'évaluation de la satisfaction des services, menée dans le cadre de la démarche d'agrément.

Les rôles et responsabilités du comité des usagers et ceux de l'établissement sont bien définis et reflètent le partenariat et la reconnaissance mutuelle souhaités par les deux parties.

Réal McNicol
Président du conseil d'administration
CSSS des Basques

Le comité des usagers participe à la transformation du CSSS des Basques

Le CSSS des Basques s'est toujours engagé à fournir des soins et des services de qualité à ses usagers et à ses résidents et, à cet égard, d'importantes améliorations ont eu lieu au fil des ans. En 2010, le conseil d'administration, les gestionnaires et les médecins ont convenu que la vision, la mission et les activités du CSSS des Basques seraient clairement axées sur la qualité. À cette fin, nous avons élaboré une planification stratégique 2010-2015 qui décrit comment nous envisageons apporter de véritables changements durables à nos façons de faire. Notre objectif est d'assurer à chacun les soins et les services les meilleurs et les plus sûrs qui soient, lors de nos interventions quotidiennes.

C'est dans cette perspective que l'expérience client a pris tout son sens. En effet, la direction générale a entrepris auprès du comité des usagers un véritable dialogue basé sur la confiance et la réciprocité. La communication des enjeux organisationnels est omniprésente. L'ouverture de ces moments d'échanges nous a permis de nous apprivoiser et de montrer un intérêt à mettre en valeur le rôle du comité des usagers. Cet intérêt se manifeste de différentes façons, selon le profil des représentants du comité. Certains souhaitent s'investir dans des opérations ayant un lien avec les différentes recommandations, particulièrement pour les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ; d'autres ont démontré un intérêt marqué pour les projets en organisation du travail.

Ainsi, nous percevons d'une autre façon les préoccupations soulevées par le comité des usagers et avons accepté d'emprunter des chemins bien différents de ceux que nous avons l'habitude de fréquenter. Cet exercice d'écoute et d'ouverture soulève certains questionnements quant à la légitimité que se donne l'usager, en mettant sur la table des irritants ou insatisfactions quant aux soins et services offerts. Il faut apprendre à décoder ses propos : l'usager est-il porteur d'un irritant qui relève davantage de sa propre expérience ou d'une consultation plus large basée sur des faits observables ?

Des partenaires de tous les instants

À l'instar des autres comités d'usagers, celui du CSSS des Basques est préoccupé par l'évaluation de la satisfaction des usagers, la gestion des plaintes et le fait d'assurer une présence aux différents comités relevant du conseil d'administration. Leur implication va au-delà des structures officielles reconnues. La direction générale a l'habitude d'inviter un représentant du comité des usagers à des travaux portant sur la réingénierie de certains services ou de certains processus. La première participation d'un usager à une AMDEC (analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité) que nous avons effectuée sur le circuit du médicament remonte à 2009.

À l'automne 2012, une représentante du comité des usagers participait à la réingénierie des services accueil-évaluation-orientation (AEO) et des soins courants. Un projet d'optimisation qui venait bousculer des façons de faire établies depuis longtemps. La motivation et l'enthousiasme de cette représentante a permis l'expression de la situation désirée par les usagers : avoir un numéro de téléphone unique pour s'adresser au CSSS, qu'il s'agisse d'une problématique sociale ou de santé, et la diminution des délais pour recevoir des soins courants à l'intérieur d'une clinique ambulatoire et non à l'urgence.

De plus, depuis le printemps 2013, deux membres du comité des usagers siègent au comité d'humanisation des soins en CHSLD et en ressources intermédiaires. Ce comité en est à ses premiers balbutiements mais, considérant le leadership et la vision des services portés par ces deux membres, nous sommes assurés qu'il connaitra un franc succès.

À l'automne 2013, le comité des usagers est invité à participer au déploiement de l'initiative Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES) sur notre territoire. En collaboration avec tous les partenaires du réseau local de services, les représentants du comité des usagers prendront part à des activités d'échanges et de formation portant sur les besoins des enfants et le soutien à apporter. Cette activité permettra d'instaurer une synergie efficace pour bien répondre aux besoins des enfants négligés sur le territoire des Basques.

Ce ne sont là que quelques exemples où l'usager est directement impliqué avec les professionnels et les médecins. Et en ce qui a trait

aux réorganisations effectuées depuis quelque temps dans le contexte budgétaire apporté par le respect de la loi 100, l'équipe de gestion s'assure de toujours consulter le comité des usagers.

Une opportunité d'apprendre : l'agrément

Le CSSS des Basques vit une période intense présentement. Il est plongé dans une étape de préagrément, puisque la visite se déroulera en décembre 2013.

Prétextant ce contexte préagrément, nous avons trouvé une nouvelle façon originale d'impliquer les usagers venant chercher des services auprès de nous. En fait, nous organisons depuis juin dernier des salons de l'agrément qui s'adressent non seulement à notre personnel, mais aussi aux usagers. Concrètement, nous installons des kiosques dans la salle d'attente, à l'entrée principale du CSSS, et nous démontrons les bonnes pratiques déployées pour assurer la sécurité et la qualité des soins et des services. Il s'agit d'un moyen efficace d'interagir avec les usagers, de prendre en considération les commentaires, rectifier ou démystifier certaines croyances, faire connaitre les bons coups, etc. En raison de la faible scolarité de la population des Basques, nous utilisons abondamment le support visuel pour présenter les projets, nous assurant ainsi d'une solide compréhension des bonnes pratiques déployées.

Nous croyons que cette nouvelle activité est génératrice de valeur. Elle est devenue une pratique essentielle à une bonne gestion de proximité.

Les conditions de succès

Malgré la reconnaissance du bien-fondé de la mission du comité des usagers dans notre organisation, nous devons effectuer un travail en profondeur afin de modifier les paradigmes de collaboration entre les intervenants et les représentants du comité des usagers. Mettons-nous à la place de l'usager qui, du jour au lendemain, est propulsé dans un milieu d'experts, qu'il s'agisse de médecins, professionnels ou gestionnaires. L'usager doit faire face à un groupe de personnes expérimentées, se connaissant de longue date, et fonctionnant selon des règles implicites.

Citons en exemple un Kaizen tenu pour réviser notre organisation de soins et de services. Les intervenants ont dû revoir et accepter de remettre en question leur mode de prestation habituel de services et écouter les préoccupations soulevées par l'usager. L'intervenant doit mettre de côté tout son savoir - Moi, je sais ! - et se positionner dans un savoir-être hors du commun pour être réceptif et éviter de blesser l'usager par ses propos lors d'un désaccord sur une question. Une certaine forme de partage du pouvoir est alors requise de la part de l'intervenant, dans la légitimation de la participation de l'usager au projet et les orientations à adopter.

Conclusion

Depuis l'intégration des représentants du comité des usagers à nos groupes de travail, nous avons appris qu'une préparation des intervenants et de l'usager participant s'impose. Voir arriver des usagers dans un groupe de travail apporte son lot d'inquiétudes et d'inconfort. Peut-être que le fait de mettre en lumière les enjeux circonscrits par le projet d'optimisation aurait permis d'aplanir ou, au mieux, de dégager des éléments communs et d'appropriation avant le démarrage du projet. La participation d'un usager à nos comités d'amélioration continue peut être perçue comme étant limitative dans les échanges qui, quelques fois, sont assez robustes dans la gestion du changement. Malgré une excellente animation qui appuyait bien la révision du service en question, il n'en reste pas moins que l'usager a vécu des moments dont il se souviendra longtemps.

Une autre leçon apprise nous amène à constater que, malgré notre reconnaissance de l'apport de l'usager à nos groupes d'amélioration continue, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une personne bénévole, n'ayant pas la même disponibilité que le personnel en place. Habituellement, nos professionnels respectent un horaire de journée. Souvent, les usagers portant un certain leadership sont fort occupés le jour, en raison d'activités professionnelles ou personnelles. Ce qui ajoute à la complexité de leur participation dans le contexte de la rigidité de nos structures et des pistes d'optimisation, notamment la diminution du temps supplémentaire.

Pour faciliter et démocratiser la participation des usagers à nos groupes d'amélioration, nous utilisons des moyens tels le brainstorming silencieux, le diagramme des relations, des affinités, etc. L'utilisation d'outils de qualité permet à l'usager d'avoir la même influence qu'un professionnel ou médecin au sein du groupe. Nous mettons également à profit des outils empruntés au Lean Management.

De l'avis même des représentants, l'impact de leur présence aux activités d'amélioration continue de la qualité est bien réel et actif. Nous croyons que leur participation contribue à l'augmentation et à la création d'une valeur ajoutée dans l'organisation des services et des soins. ●

Kiosque dans la salle d'attente, à l'entrée principale du CSSS, où nous démontrons les bonnes pratiques déployées pour assurer la sécurité et la qualité des soins et des services.

FORMATION ASSOCIATIVE / ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2013 DE L'AGESSS : **UNE GRANDE RÉUSSITE !**

C'est dans une ambiance urbaine que s'est déroulé, le vendredi 25 octobre dernier, la formation associative / assemblée générale annuelle 2013 de l'AGESSS, réunissant près de 450 membres, un record de participation!

Le coup d'envoi de l'événement a été donné par l'assemblée générale annuelle, qui fut appréciée par la majorité des participants. Monsieur François Jean, président-directeur général de l'AGESSS, a présenté les réalisations des différents comités du conseil d'administration ainsi que le bilan des activités de chacun des services de la permanence.

Les membres sortants furent honorés avec la remise d'une gratification et d'une reproduction giclée, provenant de la collection d'œuvres d'art de l'Association. Dans l'ordre habituel : monsieur Francis Tremblay, membre sortant du conseil d'administration (Mauricie-Centre-du-Québec), monsieur Nicolas Cormier, président régional sortant (Côte-Nord/Nord-du-Québec), madame Sylvie Jobin, trésorière sortante au conseil d'administration (Montréal), monsieur François jean, président-directeur général de l'AGESSS et monsieur Robert Vézina, président régional sortant (Laurentides).

Une conférence, présentée par monsieur Joseph Facal, Ph.D., professeur agrégé au service de l'enseignement du management à HÉC Montréal, a été fortement appréciée des participants. Monsieur Facal a brossé un portrait particulièrement évocateur pour les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux. Intitulée ***« Piloter dans la tempête »***, cette conférence traitait de la gestion dans la turbulence. Outre l'indispensable nécessité de s'approprier son rôle et de l'assumer pleinement pour garder le cap, monsieur Facal a défini également l'importance d'asseoir son leadership tout en s'appuyant sur l'éthique.

AGESSS

Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

Un merci particulier au comité organisateur de Laval, composé de mesdames Suzanne Levert, Christine Filion, Manon Dubé Fortin, Marie-Christine Giroux et Annick Brault et de messieurs Raynald Guay et Gérard Melançon ainsi qu'aux bénévoles et aux membres de la permanence pour l'organisation de cette rencontre.

RENDEZ-VOUS L'AN PROCHAIN POUR LE CONGRÈS 2014 DANS LA RÉGION DE LA MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC!

Une partie des participants ont pu assister à un atelier intitulé ***« Sachez maîtriser les outils pour bien exercer votre rôle »***, animé par monsieur Eugène Abarrategui, avocat, coordonnateur d'activités, et mesdames Monia Audy et Valérie Sylvestre, avocates et conseillères en ressources humaines, tous trois du Service des ressources humaines et affaires juridiques de l'AGESSS. Cet atelier visait à outiller les membres des exécutifs de sections locales afin de les soutenir dans l'exercice de leur rôle d'officier. Un second atelier était offert aux participants et s'intitulait ***« Pour bien (se) comprendre et représenter nos intérêts dans le cadre de la politique de développement des compétences du personnel d'encadrement ».*** Cet atelier était animé par monsieur Ahmed Benhadji, Ph.D., coordonnateur d'activités, et madame Monique Dumais, psychologue, conseillère en développement des ressources humaines et en gestion de la carrière, tous deux du Service de formation et de développement des compétences en gestion à l'AGESSS, ainsi que madame Lydia Gagnon, conseillère en gestion des ressources humaines à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

La journée s'est terminée par un magnifique banquet ***« en noir et blanc »***, où les participants ont pu profiter d'un délicieux repas dans l'ambiance jazz du trio Sweet'n Sour. Des tirages ont également eu lieu et une soirée dansante a suivi, mettant fin à cette journée bien remplie. Dans l'ordre habituel : madame Suzanne Levert, présidente régionale (Laval), monsieur Raynald Guay, vice-président régional (Laval), madame Danielle Gervais, membre de l'AGESSS travaillant au CSSS Lucille-Teasdale et gagnante du iPad offert par La Personnelle assurances générales, représentée par madame Caroline Perron, directrice de comptes.

UN COMITÉ DE BIOÉTHIQUE POUR RÉFLÉCHIR, S'OUTILLER ET AGIR

ANNIE LÉGER
médecin
Directrice des services professionnels
Secrétaire du comité de bioéthique
CSSS de Rouyn-Noranda

Article nº 09.03.14 Mots-clés : Planetree, consultations, éthique, dignité, choix.

Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rouyn-Noranda, composé d'un hôpital, d'un centre local de services communautaires (CLSC) et d'un centre d'hébergement, dessert une population de 41 000 habitants. En outre, plusieurs spécialités régionales y sont aussi offertes pour la population de l'Abitibi-Témiscamingue (146 000 habitants).

Le comité de bioéthique et l'expérience client

Depuis près de deux ans, nous avons entrepris l'implantation progressive de l'approche Planetree. Notre comité de bioéthique cadre tout à fait dans cette approche et en partage les mêmes valeurs. *L'expérience client* de notre comité de bioéthique est tout à fait particulière pour un petit établissement comme le nôtre. Sa richesse réside dans les personnes qui le composent et leur conviction que l'éthique doit être au service de tous, autant du personnel de la santé et des services sociaux que de l'usager et sa famille.

Planetree

Une approche qui met au cœur des relations l'importance de la personne humaine, qu'elle soit soignée ou soignante, intervenante ou gestionnaire, collègue ou partenaire. Depuis 2011, notre établissement déploie l'approche Planetree auprès de l'ensemble des membres de l'organisation et des partenaires externes.

Notre comité de bioéthique existe depuis 2004. Il est composé de 16 membres représentant divers secteurs de l'établissement — des professionnels de soins (infirmière, médecin, préposé aux bénéficiaires), des représentants des autres professionnels, gestionnaire — d'organismes communautaires comme notre Maison de l'Envol (maison des soins palliatifs) — d'autres établissements tels que le Centre de réadaptation La Maison et le CSSS du Témiscamingue — d'un prêtre — d'une éthicienne de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue — et, évidemment, d'un représentant des usagers.

Consultations en éthique

Nous avons débuté les consultations en éthique en 2006. Tout professionnel de la santé peut faire une demande de consultation en complétant un formulaire à cet effet. Au début, le demandeur était généralement un professionnel. Maintenant, ce sont des équipes de soins accompagnées par l'usager et/ou son représentant. Effet positif de ce formulaire, il oblige le demandeur à réfléchir à sa démarche éthique.

Nos premières consultations pourraient être qualifiées de « timides ». L'absence de l'usager, ou de son représentant, ou de certains membres clés de l'équipe ne nous permettait pas toujours d'atteindre le résultat escompté, soit celui d'amener l'équipe de soins à une réflexion éthique avec l'usager concerné. Par contre, avec le recul, il s'agissait d'un passage obligé. Nous devions faire nos classes et apprendre à travailler ensemble.

Alors qu'ils anticipent que nous leur dirons finalement quoi faire avec leur « problème », ils repartent préparés à poursuivre la discussion entre eux et trouver l'approche qui leur conviendra le mieux.

Entre 2006 et 2009, les membres du comité ont atteint un degré de maturité suffisant en tant que groupe pour se lancer dans l'aventure de la tenue d'une consultation en présence de l'équipe de soins accompagnée de l'usager et/ou de son représentant. L'utilisation de repères éthiques, dont l'éthique communicative (la justification éthique d'une action se base sur la qualité de la communication menant à l'action que l'on désire poser[1]), demeure la pierre angulaire. L'ouverture d'esprit, le sens de l'écoute, le respect des opinions divergentes, l'acceptation de se remettre en question ou à la place de l'autre, bref, comprendre le cadre de référence de l'usager est un incontournable lors de ces consultations.

Planification, déroulement et suivi

Concrètement, les consultations demandent un peu de préparation documentaire et de la coordination pour fixer une date de rencontre. Notre délai de réponse le plus court est de 24 à 48 heures pour réunir le plus de membres possible du comité de bioéthique. Nous en tenons en moyenne quatre par année, dont la moitié nécessite un délai très court. Ces consultations sont devenues une vraie passion pour les membres (environ 70 % de présence). Elles prennent en moyenne de deux à trois heures. La rédaction du rapport nécessite au moins trois heures — parfois davantage si une recherche est requise — et la validation rapide par certains membres peut entrainer un délai d'un jour ou deux, selon l'urgence.

Depuis 2009, nous utilisons une grille de délibération éthique[2]. Mieux structurés, nous effectuons, lors des rencontres du comité, un retour sur chaque consultation afin d'en analyser le déroulement et de nous améliorer. Nous y adoptons aussi le rapport écrit qui sera transmis au demandeur. Ce rapport, fondé sur la grille de délibération, reflète les discussions ainsi que notre délibération éthique et fournit au demandeur des bases et des balises pour poursuivre sa réflexion. Un rapport succinct de cette consultation est aussi déposé au dossier de l'usager, au même titre que toute consultation spécialisée. Quelques semaines plus tard, un suivi est assuré auprès de l'équipe de soins pour connaitre les suites postconsultations et recueillir leurs commentaires sur le déroulement de la consultation ainsi que les points à améliorer.

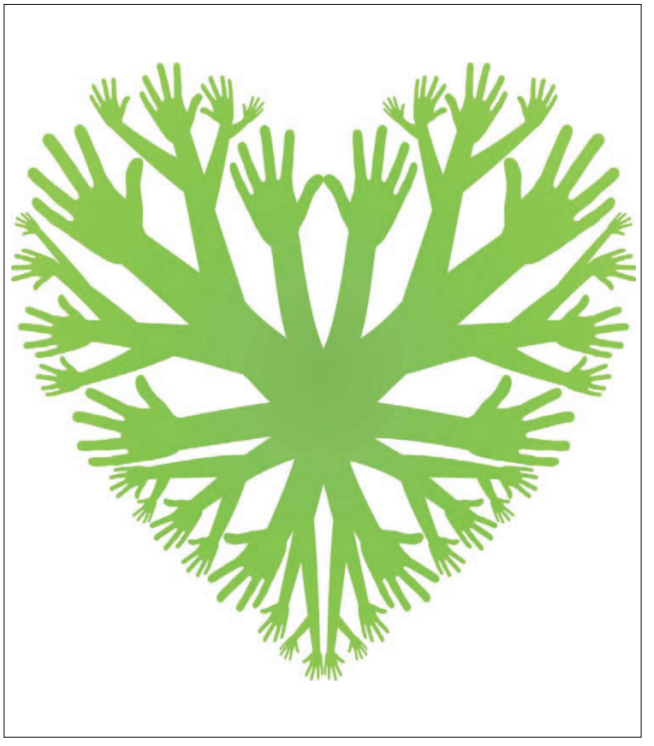
Risques et défis

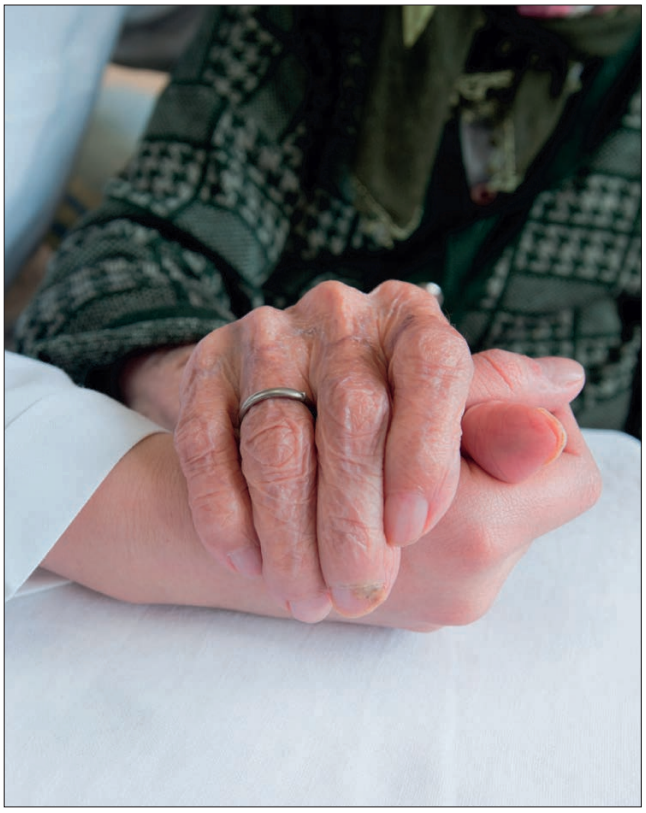
Ce projet audacieux comporte en revanche des risques non négligeables. Entrer en relation avec d'autres personnes vivant des émotions importantes et des conflits de valeur, souvent en contradiction avec leurs propres convictions, tout en mettant l'usager au centre de nos préoccupations, représente tout un défi.

Pour l'usager et son équipe de soins, le nombre de membres du comité peut, à première vue, paraitre intimidant. Mais la diversité des personnes qui le composent les rassure rapidement quand nous entamons les discussions. En plus d'être impressionnés par leur nombre, ils sont également étonnés que toutes ces personnes se soient déplacées pour eux et consacrent le temps requis pour comprendre leur situation et leur dilemme.

Animation

L'animation de la discussion demeure l'enjeu majeur pour les membres du comité. Ainsi, nous avons mis quelques années pour apprendre à nous faire confiance, à interagir entre nous et aller toujours plus loin dans nos réflexions. Pour l'usager et l'équipe de soins qui s'avèrent être nos clients, c'est une expérience inédite. Alors qu'ils anticipent que nous leur dirons finalement quoi faire avec leur « problème », ils repartent préparés à poursuivre la discussion entre eux et trouver l'approche qui leur conviendra le mieux. En fait, ils apprennent à s'exprimer librement, à s'écouter mutuellement, et à pousser plus loin leur réflexion avec les membres du comité. À l'issue de la rencontre, nous leur demandons systématiquement ce qu'ils retiennent de nos échanges, s'ils leur seront utiles, et ce qu'ils en retireront. Il s'agit d'une expérience extrêmement valorisante pour tous, où aider et soutenir son prochain dans le sens de *lui apprendre à pêcher plutôt que lui donner du poisson* prend tout son sens.





Les retombées

La préservation de la dignité humaine

La suite logique de cette expérience affective nous apparaissait de réfléchir à la préservation de la dignité humaine ; car, dans un sens, ces consultations nous confrontaient à cet aspect. Au même moment, notre établissement se lançait dans l'implantation de l'approche Planetree. Notre comité a donc intensifié sa réflexion sur la préservation de la dignité de la personne, avec l'objectif d'en faire quelque chose de concret.

Nous sommes tous appelés à devenir un jour un usager et donc, un client. Chaque membre du comité avait une petite histoire personnelle à raconter, où la dignité humaine a été atteinte durement. Nous avons ainsi réfléchi sur ce sujet et rédigé un court texte traitant des diverses facettes de la dignité de la personne. Cette année, ce texte sera le sujet d'un atelier dans le cadre des séminaires d'une journée pour tout le personnel de l'établissement, dans le contexte de Planetree.

Marquer un temps d'arrêt pour se conscientiser à la préservation de la dignité des usagers, c'est aussi prendre le temps de devenir nous-mêmes un usager, de réfléchir à la manière dont nous souhaiterions être abordés et comment nous pourrions agir autrement au quotidien. Cette expérience est devenue un élément incontournable pour le groupe et se poursuivra cette année encore.

Le choix des soins

Enfin, la dernière réalisation liée à notre « expérience client » fut de travailler en collaboration avec D^re^ Julia Sohi[3], membre de notre Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Il s'agissait de modifier notre niveau d'intensité thérapeutique, ou niveau de soins (niveau de 1 à 5 classique), en optant pour « *Le choix de soins : un dialogue qui chemine* », fondé sur la notion de qualité de vie plutôt que sur l'intervention.

Outils

Ce concept implique la participation de l'équipe de soins au dialogue, même si, ultimement, le médecin en est responsable, car l'usager s'ouvre plus facilement aux autres professionnels qu'au médecin[4]. Ainsi, nous avons produit un document intitulé « *Entre nous* », outil destiné à être utilisé principalement par les autres professionnels afin de mieux transmettre au reste de l'équipe de soins, y compris le médecin, les informations que le patient et ses proches leur confient. Enfin, l'outil *Pistes de réflexion* est destiné à une formation continue des professionnels de la santé dans l'art et les défis de la communication.

Conclusion

Cette expérience à dimension humaine a cours depuis plusieurs années et se poursuivra encore longtemps. Réfléchir, s'outiller et agir. L'éthique doit prendre sa place dans notre réseau et être au service des professionnels et des usagers, même si la situation parait parfois sans issue. ●

Références bibliographiques

1. HABERMAS, Jürgen (1992). *Droit et Démocratie* ; AUDET, (1995).
2. SHIDLER, Sarah (professeure UQAT). COM2708 - *Communication, intervention et éthique*. Processus décisionnel en éthique (Inspiré de : Kaladjian et al., 2005 ; Wueste, 2005).
3. SOHI, D^re^ Julia (2011). *Favoriser la communication entre les professionnels de la santé, le patient et ses proches dans le processus de choix de soins en contexte de maladie grave : planification d'une intervention dans le cadre d'une recherche-action*, mémoire de maîtrise, UQAT et Université de Sherbrooke.
4. BLAIS-GINGRAS, Martin et Sarah SHIDLER (2007). *Traitements prolongeant la vie : J'y pense, j'en parle*, DVD réalisé en collaboration avec le comité de bioéthique du CSSS de Rouyn-Noranda. Outil de sensibilisation pour la population et le personnel de santé et de services sociaux.

Marquer un temps d'arrêt pour se conscientiser à la préservation de la dignité des usagers, c'est aussi prendre le temps de devenir nous-mêmes un usager.

UNE SECONDE ÉDITION DU RÈGLEMENT ANNOTÉ

Le 24 octobre dernier avait lieu, à l'Espace @Link du Sheraton Laval, un cocktail de lancement de la seconde édition du **« Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux annoté »**, parue aux Éditions Yvon Blais et dont la première version a été publiée en juin 2007.

L'équipe du Service des ressources humaines et affaires juridiques de l'AGESSS a relevé le défi et mis à jour le volume, lequel comprend de nouveaux commentaires et une revue des décisions pertinentes rendues depuis la parution de la première édition du règlement annoté.

1

La première section du volume offre une perspective historique des dispositions clefs ayant façonné les conditions de travail des cadres depuis 1982. Dans la seconde section, les auteurs ont répertorié et analysé la jurisprudence arbitrale rendue depuis 1982 en vertu du Règlement de même que celle des tribunaux de droit commun.

2

L'équipe du Service des ressources humaines et affaires juridiques de l'AGESSS, dans l'ordre habituel : Me Eugène Abarrategui, coordonnateur d'activités, Me Monia Audy, Me Joanie Maurice-Philippon, Me Valérie Pepin et Me Valérie Sylvestre, toutes quatre conseillères en ressources humaines. L'équipe est en compagnie de Me Louis Bossé, directeur des publications aux Éditions Yvon Blais.

3

Quelque 70 personnes étaient présentes au cocktail de lancement du **« Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres des agences et des établissements de santé et de services sociaux annoté ».**

AGESSS
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

Pour vous procurer cette nouvelle édition, vous pouvez contacter directement les Éditions Yvon Blais en mentionnant le numéro 62072 lors de votre commande soit par téléphone au **1 800 363-3047** ou encore par Internet au www.editionsyvonsblais.com. **À noter : un rabais de 30 % est offert pour ce volume aux membres de l'AGESSS.**

ANALYSE

LE BÉNÉVOLAT : UNE CONTRIBUTION INESTIMABLE AU SOUTIEN À DOMICILE DES AINÉS

Article nº 09.03.17 Mots-clés : gérontologie, vieillissement, bénévolat, participation sociale, soutien à domicile.

ANDRÉE SÉVIGNY
T.S.P., Ph. D.
Directrice adjointe
Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université LAVAL (IVPSA)
chercheure
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

JULIE CASTONGUAY
T.S.P.
Étudiante au doctorat en gérontologie
Université de Sherbrooke - professionnelle de recherche au CHU de Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Nous aimerions dédier cet article à toutes les personnes bénévoles qui offrent leur soutien aux personnes âgées et contribuent à ce que ces dernières puissent demeurer à domicile le plus longtemps possible.

Introduction

Le vieillissement de la population québécoise est inéluctable et ira en s'accélérant : « le Québec a été pendant trois décennies dans un contexte de faible dépendance démographique, mais cela est appelé à changer rapidement au cours des 20 prochaines années » (Girard, St-Amour, Payeur, Lachance, André, 2012 : 32). En 2031, 26 % de la population, soit plus d'une personne sur quatre, serait âgé de 65 ans et plus. En 2011, 75 % des hommes et 84 % des femmes décédés avaient 65 ans et plus. C'est donc dans un tel contexte que le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ou qui reçoivent des soins palliatifs ou de fin de vie à domicile est au cœur des préoccupations actuelles des Québécois. L'État en fait une priorité (Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012 ; MFA et MSSS, 2012). Cette orientation des décideurs coïncide avec la volonté exprimée par les ainés de vivre chez eux le plus longtemps possible et d'y mourir si les conditions s'y prêtent.

Le soutien à domicile peut prendre diverses formes et inclure plusieurs services et activités qui seront modulés selon les besoins de chaque individu, de ses proches aidants ou des caractéristiques de l'environnement (MSSS, 2003). Par ailleurs, le soutien à domicile est aussi inscrit dans la mission populationnelle des centres de santé et de services sociaux (CSSS). Conséquemment, les gestionnaires se voient dans l'obligation de gérer la singularité, mais sur une grande échelle.

Pour ce faire, divers acteurs sont interpellés (Sévigny et coll., 2012). Nous pensons évidemment aux intervenants professionnels issus de diverses disciplines et aux familles, mais également aux bénévoles membres d'organismes communautaires voués au soutien à domicile des ainés. Les personnes âgées sont souvent elles-mêmes le pilier de ces organismes. Ceux-ci apportent une contribution importante, originale et complémentaire à celle des autres acteurs. Toutefois, cette contribution est souvent peu ou mal connue. Ainsi, dans une perspective de favoriser une approche client qui considère l'éventail complet des besoins, il importe de mieux connaitre la nature et l'étendue de la contribution des bénévoles. Une fois ces aspects mieux définis, il est alors possible de mieux comprendre quels sont les facteurs qui favorisent ou ceux qui freinent leur participation au soutien à domicile des ainés. Considérant les objectifs de cette revue, nous nous attarderons davantage aux facteurs sur lesquels les administrateurs et les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux peuvent agir.

Les réflexions faisant l'objet de cet article découlent notamment des résultats d'études menées par des chercheurs du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) et de l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des ainés de l'Université Laval (IVPSA) et de leurs collègues s'intéressant à l'action bénévole dans le domaine du soutien à domicile des ainés en perte d'autonomie ou en fin de vie (Sévigny, Cohen, Dumont et Frappier, 2010 ; Sévigny, Dumont, Cohen et Frappier, 2010 ; Sévigny et coll., 2012 ; Sévigny et Vézina, 2007).

Dans une perspective de favoriser une approche client qui considère l'éventail complet des besoins, il importe de mieux connaitre la nature et l'étendue de la contribution des bénévoles.

La nature de l'action bénévole

Plusieurs études, menées notamment au Québec, montrent que la contribution des bénévoles est fondée sur une logique de don (Godbout, 2007 ; Sévigny et Frappier, 2010). Le don, compris comme étant un rapport entre les individus, repose sur des principes de liberté et de gratuité. Cette liberté d'agir suppose la possibilité pour le bénévole de réaliser son action suivant son propre rythme. La contribution des bénévoles a besoin de spontanéité et s'exprime directement, sans calculs ou sans encadrement qui imposeraient un horaire trop strict. Même dans la réalisation d'activités qui exigent de suivre un horaire précis, les bénévoles ont un rapport au temps différent de celui des travailleurs salariés : ils donnent librement de leur temps, alors que, pour les travailleurs, le temps est compté. De plus, le bénévole agit sans l'intention de retirer un salaire ou d'accumuler un profit d'ordre financier. Cette gratuité participe à libérer le geste et à lui donner un sens. Le geste bénévole est une occasion d'accorder une valeur à l'Autre, tout en se valorisant soi-même.

L'étendue de l'action bénévole

L'action bénévole dans le domaine du soutien à domicile se concrétise par divers services rendus qui se résument dans la notion d'accompagnement, très chère aux bénévoles. Au Québec, l'accompagnement prend généralement la forme de services tels que les visites d'amitié, la livraison de repas à domicile, le transport-accompagnement ou le répit aux proches. Cependant, ces divers services ne représentent que la pointe de l'iceberg. En effet, lorsque l'on interroge les bénévoles sur le sens qu'ils accordent à leur action, il est possible de constater que l'étendue de leur apport suit deux mouvements centraux : un aller-retour entre soi et l'Autre et un passage de la rencontre entre deux individus à la solidarité entre citoyens (Sévigny et Frappier, 2010).

Le mouvement d'aller-retour entre la personne âgée et la personne bénévole qui lui rend le service est tel qu'il est bien souvent impossible de déterminer qui est la personne aidante et qui est la personne aidée (Sévigny et Frappier, 2010). Elles sont liées par une intention commune : favoriser le bien-être des deux acteurs en présence. Cette intention se concrétise de diverses façons pour le bénévole, comme rendre service tout en ayant la satisfaction d'accomplir son devoir, faire plaisir à l'autre tout en se faisant plaisir, réagir aux changements qui surviennent chez les autres et chez soi, prévenir certains problèmes pouvant se développer chez la personne âgée comme pour soi-même, ou participer à la reconnaissance de l'autre tout en se réalisant comme individu. Ainsi, les bénévoles et les personnes âgées prennent conscience de leur valeur personnelle, de leur capacité à développer de nouvelles habiletés ou à transposer celles déjà acquises à d'autres secteurs d'activités. Dès lors, le bénévolat devient une façon de se réaliser et de donner un sens à sa vie.

La contribution des bénévoles est aussi constituée d'un second mouvement qui marque le passage du soutien individuel à la construction et à la préservation du tissu communautaire, en passant par l'appartenance à un groupe (Sévigny et Frappier, 2010). En ce sens, une grande partie de l'énergie des bénévoles est déployée afin de briser l'isolement des personnes âgées, de les écouter, d'échanger avec elles et de les aider à maintenir des liens avec les gens de leur milieu. La contribution des bénévoles constitue une des façons pour les personnes âgées de garder le contact avec les autres. Cette action est décrite comme une manifestation d'entraide dans la communauté et une voie pour exprimer des solidarités et construire des liens sociaux entre des personnes d'une même localité, d'un même milieu. De ce point de vue, ce ne sont pas seulement les individus qui s'entraident, mais le milieu qui se responsabilise pour le bien-être de chacun des individus qui le compose.

Cet apport des bénévoles s'inscrit dans un autre registre que celui des intervenants professionnels. D'ailleurs, les bénévoles expriment clairement leur volonté d'offrir un soutien complémentaire à celui des professionnels et des familles, tout en évitant de se substituer à eux. Il n'en demeure pas moins que les limites de leur champ d'action respectif peuvent être floues et même enchevêtrées (Sévigny et coll., 2012 ; Sévigny et Vézina, 2007).

L'intégration des bénévoles aux services de soutien à domicile : un défi pour les gestionnaires

Garder le cap sur la complémentarité souhaitée par les bénévoles représente toutefois un défi (Sévigny et coll., 2012). Il n'est pas toujours facile pour les bénévoles d'actualiser leur mandat auprès des ainés en perte d'autonomie, en soins palliatifs ou en fin de vie. Certains facteurs peuvent cependant faciliter la participation bénévole à domicile. Certains de ces facteurs sont en lien avec les individus (ainés, proches, professionnels et bénévoles). Il peut s'agir de réticences des ainés ou de leurs proches à laisser entrer une personne « étrangère » dans leur demeure. Aussi, certaines personnes considèrent humiliant de demander et de recevoir des services sans pouvoir en rendre à leur tour. D'autres ne connaissent tout simplement pas l'existence des services bénévoles disponibles.

D'autres facteurs sont davantage ancrés dans l'organisation et la gestion des services de soutien à domicile (Sévigny et coll., 2012). D'une part, les gestionnaires des organismes communautaires doivent se soucier, entre autres, de la notoriété de leur organisme, de la réponse à la demande de services de soutien à domicile et de la coordination des bénévoles (recrutement, accueil, formation, soutien, reconnaissance et fidélisation). D'autre part, des facteurs issus de l'organisation et de la gestion des effectifs des CSSS peuvent avoir une influence sur la participation des bénévoles. Notamment, l'établissement et le maintien de communications entre les professionnels des équipes de soutien à domicile ou de soins palliatifs avec les organismes communautaires et les bénévoles eux-mêmes facilitent l'action des bénévoles.

Dès lors, il importe de mettre en place des moyens favorisant les échanges qui fournissent des informations sur la situation de la personne ainée au domicile, renseignent les intervenants professionnels sur la situation actuelle de celle-ci, proposent des conseils techniques aux bénévoles dans le registre des actions qui leur sont dévolues, et permettent une efficacité accrue de la collaboration (Sévigny et coll., 2012). Il va sans dire que le respect de la confidentialité s'impose lors de ces échanges. Il est à souligner que le responsable des bénévoles, provenant de l'organisme communautaire, agit souvent à titre d'intermédiaire entre les professionnels et les bénévoles, et ce, notamment en soins palliatifs. À certains endroits, il participe aux rencontres d'équipe des intervenants du CSSS. Cette façon de faire semble porter fruit : elle facilite à la fois la concertation et l'intégration de l'action des bénévoles à celle des professionnels.

Toutefois, le manque de temps évoqué par les professionnels explique que les communications pour discuter des besoins spécifiques d'une personne ainée et de l'accompagnement bénévole ne sont pas toujours réalisables (Sévigny et coll., 2012). De plus, le développement de relations harmonieuses entre bénévoles et professionnels peut être troublé par certains doutes émis par ces derniers : les bénévoles pallient-ils le manque des services professionnels du réseau de la santé ? Ont-ils la formation nécessaire pour accompagner une personne en perte d'autonomie ou en fin de vie? Sont-ils tenus au respect de la confidentialité ? Ces doutes légitimes trouvent un écho chez les administrateurs d'organismes communautaires qui se préoccupent de former les bénévoles en ce sens. Il reste que la mise en place de mécanismes structurés de transfert d'informations entre bénévoles, familles et professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que la qualité de la communication et de la collaboration entre eux sont largement tributaires des motivations et des liens de confiance qui se tissent entre les divers acteurs impliqués.

On note aussi l'existence de mécanismes de référence entre les CSSS et les organismes communautaires (Sévigny et coll., 2012). Les références sont plus importantes lorsque les professionnels (médecins, infirmières, travailleuses sociales, etc.) connaissent déjà les organismes et le rôle que les bénévoles peuvent exercer dans l'accompagnement à domicile. Ils peuvent ainsi suggérer ces services aux personnes ainées et à leur famille en précisant que les bénévoles ont été sélectionnés et formés judicieusement et qu'ils assureront une présence de qualité.

Par ailleurs, des bénévoles estiment qu'ils interviennent tardivement auprès de la personne ainée, ce qui n'est pas sans conséquence. Lorsque le réseau familial est restreint, les aidants peuvent se trouver dans un grave état d'épuisement. De plus, une arrivée tardive des bénévoles leur laisse peu de temps pour établir une relation significative avec la personne accompagnée. Pour leur part, certains intervenants professionnels sont favorables à l'intervention précoce des bénévoles et vont promouvoir systématiquement les services bénévoles dès leur première visite à domicile.

Conclusion

Mount (1992) avait déjà rappelé que la réussite de l'action bénévole ne dépend pas seulement des capacités des bénévoles, et ce, même s'ils sont rigoureusement sélectionnés. Elle est tributaire également d'une définition précise des rôles, d'un leadership fort, d'une formation adéquate, d'un suivi et d'un soutien régulier. On comprend dès lors que, dans cette affirmation, les propos offerts à votre réflexion dans le présent article s'y retrouvent : rôle de complémentarité et non de substitution ; liens entre les intervenants professionnels ; formation à l'accompagnement et suivi. Cependant, la création et le maintien de liens reposent sur la dynamique qui existe entre les divers acteurs, soit la recherche d'un compromis entre les capacités, les attentes et les besoins des uns et des autres, et d'un ajustement aux circonstances, aux ressources et aux réalités de chaque milieu (Sévigny et coll., 2012).

Il importe que la participation bénévole se fasse d'abord dans le respect du sens que les bénévoles eux-mêmes accordent à leur action, c'est-à-dire une présence généreuse, rassurante et assidue, mais qui demeure une action librement consentie auprès d'une personne qui n'est pas un proche (Sévigny et coll., 2012). Au-delà de la valeur que les bénévoles donnent à leur implication auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, en soins palliatifs ou en fin de vie, il importe de rappeler qu'ils n'agissent pas seuls, mais en collaboration avec d'autres, que ce soit les membres de la famille ou les divers professionnels de la santé et des services sociaux. Cette collégialité suppose l'existence de règles ou de normes qui déterminent les limites des actions des bénévoles et les coordonnent avec les interventions des professionnels. Un tel encadrement n'est pas incompatible avec la liberté d'engagement des bénévoles ; il est plutôt en place pour assurer des services et une présence optimale à la personne ainée qui a besoin de soutien pour demeurer à domicile le plus longtemps possible.

L'écueil qu'il faudrait absolument éviter est d'interpeller les bénévoles pour pallier les insuffisances du système de santé et de services sociaux ou de les solliciter pour accomplir des tâches qui feraient fi de la nature de leur implication (libre, gratuite et souple) (Sévigny et Vézina, 2007). Il faut se méfier aussi de la tentation d'interpeler le bénévole suivant une logique marchande, selon laquelle les résultats et la performance prendraient le pas sur la présence et la qualité du lien social (Godbout, 2007).

> Des bénévoles estiment qu'ils interviennent tardivement auprès de la personne ainée, ce qui n'est pas sans conséquence.

Même s'ils ne « coutent rien » en termes monétaires, les bénévoles ne sont pas des travailleurs à rabais ; ils recherchent la complémentarité avec l'action des travailleur salariés et non la substitution. ●

Références bibliographiques

COMMISSION SPÉCIALE SUR LA QUESTION DE MOURIR DANS LA DIGNITÉ (2012). *Mourir dans la dignité*, Québec : Assemblée nationale du Québec.

GIRARD, C., M. ST-AMOUR, F. PAYEUR, J.-F. LACHANCE et D. ANDRÉ (2012). *Bilan démographique du Québec*. Édition 2012, Québec : Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec.

GODBOUT, J. (Ed.) (2007). *Ce qui circule entre nous : donner, recevoir, rendre.* Paris : Seuil.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AINÉS et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec,* Québec : Gouvernement du Québec.

MOUNT, B.M. (1992). "Volunteer support services: A key component of palliative care". *J Palliative Care*, 8, 59-64.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : Le premier choix – La politique de soutien à domicile,* Québec : MSSS.

SÉVIGNY, A., M. AUBIN, A. TOURIGNY, S. DUMONT, M. GUIRGUIS-YOUNGER, M. FORTIER et J. CASTONGUAY (2012). *L'intégration des bénévoles aînés : le cas des soins palliatifs à domicile.* Colloque International du RÉIACTIS *Le Droit de vieillir : Citoyenneté, intégration sociale et participation politique des personnes âgées,* 25 au 27 janvier 2012, Dijon, France.

SÉVIGNY, A., S. R. COHEN, S. DUMONT & A. FRAPPIER (2010). "Making sense of health and illness in palliative care: Volunteers' perspectives". *Palliative & Supportive Care*, 8, 325-334.

SÉVIGNY, A., S. DUMONT, S. R. COHEN & A. FRAPPIER (2010). "Helping them live until they die: Volunteer practices in palliative home care". *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39, 734-752.

SÉVIGNY, A. et A. FRAPPIER (2010). « Le bénévolat "par" et "pour" les aînés ». Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (Éds.), *Vieillir au pluriel : Perspectives sociales* (pp. 431-451). Québec : Presses de l'Université du Québec.

SÉVIGNY, A. et A. VÉZINA (2007). « La contribution des bénévoles au soutien à domicile des personnes âgées : les frontières de leur action », *La Revue Canadienne du Vieillissement*, 26, 101-111.

LE CITOYEN PARTENAIRE AU CSSS LUCILLE-TEASDALE

Article nº 09.03.09 Mots-clés : citoyen partenaire, patient partenaire, nouvelle valeur publique, responsabilité populationnelle, expérience patient.

L'objectif de cet article est de faire état de l'expérience et des réflexions du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale (CSSS LTEAS), dans le cadre d'un modèle de gouvernance qui semble prometteur et qui vise à remettre le citoyen au cœur du partenariat avec les services publics.

DANIEL CORBEIL
Directeur général
CSSS Lucille-Teasdale

SYLVAIN LEMIEUX
Directeur général adjoint par intérim et directeur de la performance, du bureau de projet organisationnel et des services multidisciplinaires

MAXIME BERGERON-LAURENCELLE
Chef de l'administration de programme et coordination du bénévolat

Le CSSS LTEAS, comme d'autres établissements et instances publiques, a la préoccupation d'innover en matière de gestion du réseau, notamment en fait de gouvernance et de rapport avec les partenaires du réseau local de services (RLS). Mais outre les partenaires que sont les établissements publics de santé et de services sociaux, organismes communautaires, établissements scolaires et autres, qu'en est-il du partenariat avec la population ? Quelle est la place du citoyen dans l'organisation des services, l'adoption d'orientations stratégiques et le choix des mesures à mettre en œuvre pour assurer des soins de santé et de services sociaux adaptés à ses besoins ? Quelle importance accordons-nous à l'écoute des perceptions de la population en ce qui a trait à nos processus et façons de faire ? Quelle place allouons-nous à l'innovation dans nos pratiques ? Est-ce que nos activités et programmes sont axés uniquement sur la portion de la population qui fréquente nos installations, bien que le concept même de responsabilité populationnelle doive, justement, nous inciter à trouver le moyen de rejoindre et répondre aux besoins de l'ensemble de la population ?

Le CSSS Lucille-Teasdale dispense des soins, services de santé et services sociaux et soutient le développement d'un réseau local de services afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Nous desservons une population d'environ 180 000 personnes habitant dans trois quartiers de l'est de Montréal, soit Hochelaga-Maisonneuve, Mercier-Ouest et Rosemont. Nous comptons sur 2 700 employés et médecins pour offrir des services de première ligne dans trois centres locaux de services communautaires (CLSC), des services d'hébergement aux personnes en perte d'autonomie dans sept centres d'hébergement, et des services dans un centre de crise en santé mentale.

Voici quelques caractéristiques de la population des trois territoires du CSSS Lucille-Teasdale.

- Le quartier Rosemont - près de 50 % de la population habite dans ce quartier composé de plus de 11 700 familles.
- Le quartier Mercier-Ouest - selon les données sociodémographiques, 20 % de sa population a plus de 65 ans et plus de la moitié de celle-ci a plus de 75 ans.
- Le quartier Hochelaga est particulièrement jeune et pauvre, et nous observons une forte présence de clientèles avec des problèmes sociaux importants (dépendance, prostitution, itinérance).
  - Une tendance à la hausse du groupe des 65 ans et plus sera plus marquée dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve d'ici 2023 (+34 %).

Dans le territoire du CSSS Lucille-Teasdale, les disparités importantes entre les quartiers desservis nous amènent à adapter notre offre de services selon les besoins spécifiques des populations. Ces spécificités territoriales doivent également influencer les stratégies du CSSS dans la recherche de l'implication des citoyens dans l'évolution de notre organisation.

Le « citoyen partenaire », un concept à développer

Le concept de citoyen partenaire que nous souhaitons mettre en place s'inspire de quatre notions connues dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans le milieu de la gestion.

Le patient partenaire

Cette notion sous-tend une nouvelle vision de la collaboration entre le patient et les professionnels de la santé. Elle a pour objectif de faire du patient un partenaire à part entière sur le plan de l'enseignement, de la recherche et des soins de santé. Ainsi, un patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins développées par les intervenants de l'équipe clinique. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est membre à part entière de cette équipe pour les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs interventions en fonction de son projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent (Université de Montréal, 2013).

La nouvelle valeur publique

Cette approche émergente de l'administration publique mise notamment sur la production de valeur pour la communauté et les usagers/citoyens. Elle porte également sur une gouvernance collaborative, orientée davantage sur les processus mis en place que sur les résultats, faisant place à la délibération et la participation des usagers, aux innovations collaboratives et ouvertes, tant dans la définition des services que dans le maintien du système (Lévesque, 2012).

La responsabilité populationnelle

Elle suppose que les différents intervenants offrant des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population. Ils permettent l'accès à un ensemble de services le plus complet possible et assurent la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système public de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population (MSSS, 2012).

L'expérience patient

Cette expression est utilisée pour désigner l'ensemble des perceptions, interactions et expériences vécues par les patients et leurs proches tout au long de la trajectoire de soins et de services. L'expérience patient se distingue de la notion de satisfaction de plusieurs manières. Par définition, la satisfaction réfère à l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il désire, ou encore, le bien-être qui résulte de cette action. Alors que la satisfaction des patients par rapport aux soins ou services reçus repose sur une évaluation subjective, car elle dépend des attentes personnelles du patient. En intégrant l'ensemble des perceptions, des interactions et des faits vécus, l'évaluation de l'expérience patient fait donc appel à l'évaluation de dimensions plus objective de leur prise en charge (CHU de Québec, 2013).

> Une gestion respectueuse du citoyen partenaire implique d'abord une bonne connaissance des besoins de la population et l'évolution de notre offre de services en conséquence.

Le citoyen partenaire

Selon nous, la notion de citoyen partenaire inclut à la fois une personne qui habite le territoire, qu'elle bénéficie de nos services ou pas, les organismes communautaires et les partenaires qui participent au RLS. Le partenariat entre le CSSS, les citoyens et les personnes morales, porte sur l'élaboration de stratégies et de choix d'orientations, la définition de l'offre de services, les interrelations lors d'épisodes de soins, l'évaluation de la performance du réseau et le développement de la connaissance et d'innovations sociales.

Nous croyons que le citoyen partenaire peut exercer un rôle de premier plan s'il s'engage à :

- comprendre l'offre de services de son CSSS,
- connaitre les mécanismes d'accès aux services du CSSS,
- s'impliquer dans le choix des orientations stratégiques,
- comprendre les principaux enjeux du CSSS (financiers, cliniques…),
- interagir avec le CSSS et ses instances de consultation,
- participer à l'amélioration de nos programmes, services et processus.

Dans le but de développer le concept de citoyen partenaire, la Direction du CSSS Lucille-Teasdale déploie différentes initiatives qui démontrent l'importance qu'elle accorde à la participation des citoyens dans l'évolution du CSSS. Voici quelques exemples d'initiatives réalisées.

La gouvernance

La composition du conseil d'administration a été revue afin de faire une plus grande place aux personnes provenant d'organismes du milieu, de façon à ce que notre partenariat se concrétise aussi au sein de notre structure démocratique.

Les orientations stratégiques

Dans le cadre de notre exercice de planification stratégique, le souhait de la Direction générale et du conseil d'administration s'est traduit par une démarche élargie, où l'ensemble des partenaires a été invité au processus d'identification des enjeux et principaux défis. De plus, nous avons organisé une consultation publique, spécifiquement sur le thème du développement des communautés. Cette initiative avait pour objectif de faire en sorte que notre planification stratégique ne porte pas seulement sur la programmation et l'offre de services du CSSS, mais aussi sur son rôle dans le soutien au développement des communautés. Un comité de suivi, composé des partenaires du RLS, fut créé afin de soutenir leur implication dans la mise en œuvre de notre planification stratégique. Ce comité doit notamment assurer le maintien de la cohérence entre les orientations stratégiques et les besoins de la communauté.

Nous effectuons présentement des consultations et préparons la mise en œuvre d'une politique de développement des communautés, qui viendra baliser les interventions du CSSS dans les milieux. Cette politique se veut un outil formel d'application d'une nouvelle logique de gestion au sein des communautés, pour les équipes de première ligne et de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) aussi bien que pour l'équipe d'organisation communautaire. Nous sommes conscients que des interventions quotidiennes dans les quartiers et le soutien au développement des communautés nécessitent l'engagement et la participation active de tous nos employés, et ce, en partenariat avec les acteurs communautaires et les citoyens du territoire.

Les enjeux financiers du CSSS

À l'instar des autres CSSS, celui de Lucille-Teasdale est confronté à d'importants défis budgétaires qui augmentent la pression pour le maintien et le développement des services à la population. Soucieuse d'informer celle-ci des choix financiers et des impacts sur l'organisation des services, l'équipe de direction du CSSS l'a conviée à des rencontres publiques d'information pour présenter le budget annuel ainsi que les orientations en matière de compression et d'optimisation budgétaire. Ces moments d'échanges ont permis de constater l'intérêt des citoyens à mieux comprendre les enjeux du CSSS.

L'implication dans la communauté

Depuis un an et demi, le CSSS a non seulement appuyé les trois démarches de forums citoyens dans chacun des quartiers, mais y a exercé un rôle actif. Nous avons adopté une politique de développement durable et un plan d'action qui touchent nos habitudes de consommation et qui font également appel à nos responsabilités de citoyen corporatif d'un milieu.

Ces récentes activités concourent, selon nous, à une redéfinition des liens entre le CSSS et la population. Elles sont porteuses d'un message clair quant à l'importance que nous accordons à notre partenariat avec l'ensemble des citoyens du territoire, de façon à coconstruire un CSSS qui est le reflet des besoins de sa population.

Poursuivre le développement du Citoyen partenaire

Pour réussir à développer l'idée de citoyen partenaire, l'équipe de direction du CSSS Lucille-Teasdale veut mettre de l'avant des projets novateurs dans lesquels les citoyens occuperont une place centrale. Voici quelques-uns des projets que nous comptons réaliser.

Intégrer le citoyen dans l'appréciation des services du CSSS

Traditionnellement, l'évaluation de la performance des services s'effectue sur une base de données financières (analyses évolutives et comparatives). Dans les prochains mois, nous voulons consulter les citoyens de notre territoire sur leur appréciation de nos services. À terme, nous souhaiterions que des citoyens prennent part régulièrement (en tant que participants) aux projets d'amélioration de la performance de notre CSSS.

Consulter les citoyens sur les principales composantes de la planification financière du CSSS

L'expérience de l'année dernière nous a démontré l'intérêt de notre population à connaitre les décisions financières de l'établissement. Par conséquent, nous croyons important de maintenir ce rendez-vous avec la population.

Rendre des comptes sur les composantes de la planification stratégique

Comme les autres CSSS du Québec, la dernière année a été l'occasion pour les membres du conseil d'administration d'adopter la planification stratégique du CSSS Lucille-Teasdale. En cohérence avec notre volonté d'impliquer la population de notre territoire, nous allons tenir des rencontres d'échange avec elle pour rendre compte de la mise en œuvre des projets découlant de la planification stratégique.

Quelques défis pour le développement du citoyen partenaire

Cette partie de l'article présente les défis que nous devons relever pour donner vie au concept du citoyen partenaire.

Faire évoluer notre philosophie de gestion orientée vers le citoyen partenaire

Traditionnellement, les gestionnaires gèrent en fonction de l'organisation et de la production des services, selon la disponibilité des ressources du CSSS. Par ailleurs, une gestion respectueuse du citoyen partenaire implique d'abord une bonne connaissance des besoins de la population et l'évolution de notre offre de services en conséquence. Puis, l'évolution de notre philosophie de gestion doit se concrétiser par le développement d'une réelle collaboration avec les partenaires communautaires. Se fondant sur les préoccupations des citoyens, les gestionnaires d'établissement de santé et de services sociaux doivent s'assurer qu'une offre de services diversifiée (en réponse aux besoins) est dispensée par la meilleure personne du territoire (établissement ou partenaires communautaires) pour rendre le service. Concrètement, les dirigeants de notre établissement devront s'interroger afin de déterminer quel organisme de notre communauté est le mieux en mesure de rendre le service en vue de la satisfaction optimale des citoyens.

Gagner et maintenir la crédibilité de notre orientation citoyen partenaire auprès de notre population

Les différentes consultations effectuées nous révèlent un certain scepticisme des citoyens et des partenaires à l'égard de notre volonté de créer un réel engagement avec notre population autour du concept de citoyen partenaire. Bien que les CSSS existent depuis près de dix ans et que la notion de responsabilité populationnelle soit un de leurs fondements, nous comprenons que les citoyens restent préoccupés par la capacité de notre CSSS à faire évoluer la notion de citoyen partenaire. Parmi les inquiétudes recensées, notons la crainte des citoyens partenaires de notre désengagement dans certains services traditionnellement offerts en CSSS. Notons également l'appréhension des partenaires communautaires (ou entreprises d'économie sociale) de se voir assigner des services sans le financement qui s'y rattache. Enfin, mentionnons la perception des citoyens que le CSSS est une immense organisation bureaucratique, difficilement accessible (avec plusieurs paliers administratifs).

Dans ce contexte, et pour réussir à gagner la confiance de la population et des partenaires communautaires, la Direction du CSSS Lucille-Teasdale doit redoubler d'ardeur pour que les orientations se traduisent concrètement en comportements auprès de nos employés et partenaires. Nous sommes convaincus que la mise en œuvre d'une politique de développement des communautés viendra baliser et soutenir les interventions de notre personnel et concourir à l'atteinte des objectifs communs, en termes de développement.

Au quotidien, les gestionnaires et l'équipe des organisateurs communautaires du CSSS doivent anticiper les enjeux et saisir les opportunités du réseau pour que nous puissions développer pleinement son projet de citoyen partenaire.

Conclusion

Dans un contexte où la performance se mesure principalement en termes de volume et se fonde sur une notion de productivité, nous devons développer rapidement une façon de rendre compte des impacts d'une modification dans l'organisation, en vue d'une prestation des services du CSSS centrée sur le citoyen partenaire. Concrètement, nous souhaitons évoluer vers une mesure de la performance centrée sur l'évaluation d'un programme réseau.

Ainsi, afin d'obtenir une vision intégrée de la performance des programmes réseau de notre territoire, nos partenaires communautaires et les citoyens doivent nécessairement être partie prenante dans l'évaluation de la performance des services dispensés sur notre territoire. Plus spécifiquement, nous croyons que l'orientation ministérielle à l'égard de l'évaluation de la performance fondée sur des notions d'accessibilité, qualité et efficience est essentielle pour mener à terme notre projet du citoyen partenaire.

La poursuite de cette démarche est très mobilisante pour le CSSS, ses partenaires et la communauté et nous sommes confiants que les prochaines années seront déterminantes pour l'intégration de cette nouvelle approche du citoyen partenaire dans le réseau local de services. ●

Références bibliographiques

RUIS – UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services* – Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient.

LÉVESQUE, Benoit (2012). « La nouvelle valeur publique, une alternative à la nouvelle gestion publique? », *Revue Vie économique*, décembre, vol. 4, nº 2.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion,* novembre.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (2013). *Bureau de l'évaluation de l'expérience patient - Rapport annuel 2012-2013.*

Québec EN FORME

AGISSONS ENSEMBLE POUR LA SANTÉ DES JEUNES

quebecenforme.org

WIXX

WMAG.ca

MAGAZINE D'IDÉES POUR FAIRE BOUGER LES PRÉADOS

WMAG s'inscrit au coeur d'une importante campagne de sensibilisation et de promotion, la campagne WIXX orchestrée par Québec en Forme.

Le système à utilisation unique

LE PLUS COMPLET

Voici le système à utilisation unique Vernacare pour l'élimination des déchets humains.

Il contribue à réduire les risques d'infection croisée, soutient les objectifs de développement durable des hôpitaux, réduit les coûts et augmente le temps consacré aux soins infirmiers.

1 800 268-2422
www.vernacare.com

Vernacare™
cleaner safer healthcare

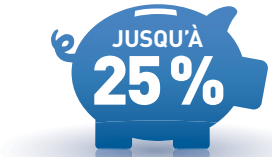
intelauto

LA FAÇON FUTÉE DE ROULER ET D'ÉCONOMISER

1 BRANCHEZ

2 CONDUISEZ

3 ÉCONOMISEZ



L'OUTIL INTELLIGENT QUI VOUS PERMET D'**ÉCONOMISER JUSQU'À 25 %** SUR VOTRE ASSURANCE AUTO, EN PLUS DE VOS TARIFS DE GROUPE EXCLUSIFS

Un dispositif **gratuit** branché dans votre véhicule ajustera votre pourcentage d'économie lors du renouvellement de votre assurance auto, en fonction de trois critères :

- **le kilométrage annuel – jusqu'à 10 % d'économie ;**
- **les accélérations et freinages – jusqu'à 10 % d'économie ;**
- **les heures de déplacement – jusqu'à 5 % d'économie.**

Intelauto[MC] est un programme d'assurance basé sur l'usage.
C'est facile, ingénieux et gratuit !

La Personnelle a obtenu **« la cote de satisfaction de la clientèle la plus élevée parmi les assureurs automobile au Québec »** en 2013 selon J.D. Power.

AGESSS
Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux

laPersonnelle
Assureur de groupe auto et habitation

Commencez à économiser !
Visitez intelauto.ca

1 855 801-8830

La bonne combinaison.

Certaines conditions s'appliquent. Intelauto est souscrit auprès de La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et auprès de La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. [MC] Intelauto est une marque de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, utilisée avec permission par La Personnelle, assurances générales inc. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. Intelauto est offert en Ontario et au Québec seulement. La Personnelle, assurances générales inc. a reçu la note la plus élevée parmi les sociétés d'assurance automobile au Québec dans le cadre de l'étude de J.D. Power portant sur la satisfaction des titulaires de police d'assurance automobile en 2013 au Canada. Cette étude est basée sur 11 257 réponses évaluant 12 sociétés d'assurance au Québec et mesurant la satisfaction des consommateurs quant aux sociétés d'assurance automobile. Les résultats de l'étude sont basés sur la satisfaction et l'expérience des consommateurs au cours des mois de février et mars 2013. Votre propre expérience peut différer. Visitez le site jdpower.com.